

Resúmenes SIIC de trabajos recientemente editados por revistas, generales y especializadas, de alcance internacional.

La influencia del sexo en la estadificación del cáncer de colon

Journal of Women's Health 14(6):502-506, Jul 2005

Cincinnati, EE.UU.

El cáncer de colon constituye la segunda causa de muerte relacionada con neoplasia. Se presenta en personas de más de 50 años y su incidencia es similar en hombres y mujeres hasta esa edad, momento a partir del cual muestra cierto predominio en los varones. Esta circunstancia fue corroborada por numerosas investigaciones que, no obstante dar cuenta de que no existen diferencias significativas en la frecuencia, sí demostraron que se presentan en la localización.

En otras palabras, los hombres tienen mayor incidencia de lesiones precancerosas y cáncer de colon en el segmento izquierdo, mientras que las mujeres presentan pólipos y lesiones malignas en el colon derecho. Sin embargo, la diferencia más notable, en términos de la influencia del sexo, está en el hecho de que las mujeres, al momento del diagnóstico y estadificación de la neoplasia, presentan mayor avance de la enfermedad, lo que significa un peor pronóstico.

Así lo destacan los autores de un estudio retrospectivo de cohorte, que incluyó 2 891 pacientes (1 467 mujeres y 1 424 hombres), destinado a registrar e identificar variables pronósticas y predisponentes para esta neoplasia. Observaron que los varones eran diagnosticados en estadios más tempranos de desarrollo del tumor que las mujeres, en particular cuando la neoplasia se localizaba *in situ*. Consecuentemente, los varones




presentaban mejor pronóstico. Por el contrario, las mujeres con cáncer de colon eran significativamente mayores y en su mayoría de raza negra. En cuanto a los antecedentes familiares, no se hallaron diferencias significativas entre los sexos.

Se constató que las mujeres eran menos proclives a ser diagnosticadas con variedades de neoplasia *in situ* comparadas con los hombres (*odds ratio* OR = 0.51) aunque, por otra parte, generalmente las lesiones tenían sólo crecimiento regional (OR = 1.19) y casi nunca metástasis a distancia.

Tanto para los hombres como para las mujeres el cáncer de colon representa un deterioro de la calidad de vida y significativa mortalidad. No

obstante, el diagnóstico precoz se asocia con muy buen pronóstico, lográndose tasas de supervivencia a los 5 años del orden del 90%. El presente trabajo demuestra que al momento del diagnóstico las mujeres presentan cambios celulares y arquitectura tumoral en estadios más avanzados de la enfermedad. Para los autores, los datos surgidos de esta investigación deberían alertar sobre las diferencias que existen en cuanto a la detección y prevención del cáncer colónico entre hombres y mujeres. En las últimas se torna crucial derribar las barreras culturales que impiden la pesquisa sistemática.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d01017.htm

Incidencia de depresión en pacientes con tumor cerebral primario

Journal of Neurosurgery 103(5):841-847, Nov 2005

Oulu, Finlandia

En los pacientes con tumor cerebral primario (TCP) que son operados, debe considerarse de inmediato la presencia de trastornos afectivos, especialmente en quienes presentan antecedentes de depresión y en aquellos con alguna discapacidad física.


La depresión es un síntoma neuropsiquiátrico frecuente en los pacientes con TCP. Sin embargo, resulta difícil establecer cuáles de los síntomas son causados por los efectos neurofisiológicos del tumor y cuáles corresponden a reacciones psicológicas del paciente como respuesta al estrés causado por esta grave enfermedad. Los síntomas afectivos en los sujetos con TCP han sido objeto de interés por parte de los investigadores en los años recientes, por varias razones. Es de esperar que la supervivencia de los pacientes con estos tumores aumente (con excepción de aquellos con glioblastoma multiforme), debido a los efectos de la radioterapia y la quimioterapia. Por otro lado, se sabe que la angustia y la depresión son las principales variables que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes con tumor cerebral.

Además, la depresión predice la progresión del cáncer y la muerte en los pacientes con diferentes entidades oncológicas y en aquellos con gliomas de alto grado. En el presente trabajo, los autores investigaron la incidencia y gravedad de la depresión y el estado funcional de una población de pacientes con TCP, durante un seguimiento de 1 año.

La población estudiada estuvo conformada por 77 sujetos con TCP solitario tratado quirúrgicamente en la institución de los autores. En cada paciente se analizó la presencia de depresión (a través de la escala Beck) y el estado funcional (por medio de la escala de desempeño de Karnofsky) antes de la intervención quirúrgica, 3 meses después de ésta y luego de transcurrido 1 año.

Antes de la cirugía, el 35% de los pacientes tenía puntajes en la escala de Beck que indicaban la presencia de depresión. Estos puntajes fueron significativamente mayores en los pacientes con antecedentes de depresión y en aquellos con bajos puntajes en el estado funcional. Los puntajes bajos en el estado funcional se asociaron con altos puntajes de depresión a los 3 meses y al año de la intervención. En los pacientes con un tumor de localización anterior, los puntajes de depresión disminuyeron en forma significativa inmediatamente después de la cirugía, mientras que no se observó una reducción equivalente en aquellos con un tumor en la región cerebral posterior.

Debido a los aspectos relacionados con la presencia de un tumor cerebral, resulta comprensible que en el paciente afectado se produzca, como reacción, una crisis psicológica. Por eso es importante tratarlo tan pronto como la condición física del enfermo lo permita. Los pacientes con antecedentes de depresión o con alguna discapacidad física muestran una mayor susceptibilidad.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d13009.htm



Conceptos y cifras

Diabetes tipo 2

La mortalidad asociada a DBT creció en forma exponencial desde 1922 hasta 2002 y hoy es causa del 14% de las muertes en mujeres y del 9.1% en hombres. La tasa de mortalidad por DBT es actualmente de 53.2 por 100 000 habitantes por año y se estima que es la segunda causa de mortalidad hospitalaria. Su impacto sobre el sistema de salud es preocupante. Estudios transversales que utilizaron diferentes criterios diagnósticos mostraron una creciente prevalencia de DBT. La enfermedad se incrementó desde un 3% (en los años '60) hasta un 5.6% a 8.1% en los '90 y a 10.7% según un estudio publicado en 2002. La prevalencia de DBT en México también se estimó a partir de diversos estudios poblacionales. El *Mexico City Study*, efectuado sobre 3 326 hombres y mujeres no embarazadas de entre 35 y 64 años provenientes de una muestra tomada de barrios de bajos recursos y que tuvo un seguimiento de 7 años, mostró una prevalencia basal de 12.9% [*Archives of Medical Research* 36(3):188-196, May 2005].

Neumonía por neumococos resistentes

Streptococcus pneumoniae (SP) es el patógeno más comúnmente involucrado en las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) documentadas bacteriológicamente. En los últimos años, la incidencia de cepas de SP resistentes a penicilinas y macrólidos se incrementó notablemente. Las infecciones respiratorias causadas por *S. pneumoniae* multiresistente (SPMR) se han vuelto progresivamente más frecuentes, y un estudio reciente demostró que SPMR representó el 12.2% de todos los aislamientos durante la temporada invernal 1999-2000 en los EE.UU. [*International Journal of Clinical Practice* 59(11):1253-1259, Nov 2005].

Diabetes e infarto de miocardio

El infarto de miocardio (IAM), la enfermedad vascular periférica y la muerte de causa cardiovascular son dos a tres veces más frecuentes en pacientes con diabetes en comparación con sujetos no diabéticos con iguales factores de riesgo. Los episodios cardiovasculares (CV) son causa de morbilidad en alrededor del 70% de los pacientes con diabetes tipo 2; asimismo, los enfermos con diabetes tipo 2 e IAM previo presentan el mayor riesgo de morbilidad y de mortalidad, esencialmente por IAM y accidente cerebrovascular [*Journal of Diabetes and its Complications* 19(2):80-87, Mar 2005].

Aislamientos de micobacterias no tuberculosas en muestras clínicas

Indian Journal of Medical Microbiology 23(3):172-175, Jul 2005

Tamil Nadu, India

Mycobacterium tuberculosis, *M. bovis* y *M. leprae* son los patógenos predominantes de las infecciones micobacterianas humanas, pero en los últimos años han aumentado los informes con respecto a infecciones que tienen como agente etiológico micobacterias no tuberculosas (MNT). Estas comprenden alrededor de 95 especies saprófitas naturales, que pueden causar cuatro tipos de infecciones: pulmonares que se asemejan a la tuberculosis; extrapulmonares que afectan los nódulos linfáticos y la piel; multifocales diseminadas, e infecciones en individuos inmunocomprometidos como pacientes con sida o sometidos a trasplantes. El aumento de la población de pacientes infectados por el HIV, sumado al empleo de mejores técnicas diagnósticas ha producido el incremento del número de infecciones con MNT informadas en los últimos años. Las MNT causan infecciones en presencia de determinados factores predisponentes y enfermedades subyacentes y, en general, son resistentes a las drogas antituberculosas comunes. Estos factores aumentan la morbilidad y limitan las opciones terapéuticas. Las infecciones respiratorias debidas a MNT frecuentemente se asocian con trastornos tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística pulmonar, enfisema y otras.

Se realizó un análisis retrospectivo de las tasas de aislamiento de MNT de varias muestras clínicas, que se identificaron por métodos

bioquímicos, y luego se determinó la sensibilidad a antibióticos. Del total de muestras positivas para bacilos resistentes al alcohol, el 96.1% era *M. tuberculosis* y 3.9% MNT. De estas muestras positivas, el 67% correspondió a *M. chelonae* y *M. fortuitum* aisladas de muestras respiratorias. Sólo el 14% de los aislamientos provenía de sangre o líquido cefalorraquídeo, por lo que se consideraron como infecciones diseminadas. El tratamiento de estas infecciones incluye la administración de antibióticos basados en los patrones de sensibilidad, y tratamientos quirúrgicos en los casos de linfadenitis o infecciones de piel y tejidos blandos. Las dos especies más comunes presentaron mayor sensibilidad a la amikacina.

La cantidad exacta de infecciones por MNT en la India se desconoce todavía porque muchas veces no son diagnosticadas en los laboratorios debido a la falta de equipamiento o experiencia, ya que los organismos se pueden confundir con *Corynebacterium* spp. y *Nocardia* spp. Los nuevos métodos moleculares tales como la reacción en cadena de la polimerasa y las sondas génicas pueden ser herramientas diagnósticas útiles.

La documentación y el informe de las infecciones con MNT junto con las pruebas de sensibilidad antibiótica son esenciales para tener conciencia del posible espectro de enfermedades asociadas y las opciones terapéuticas preferidas.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat047/06201006.htm

Virus que causan infecciones respiratorias en la estación de la gripe

Clinical Infectious Diseases 41(6):822-888, Sep 2005

San Francisco, EE.UU.

Las infecciones respiratorias extrahospitalarias de los adultos causan morbimortalidad. Si bien suelen resolverse espontáneamente, estas infecciones pueden producir pérdida de días laborales, aumento de costos de salud, enfermedad grave e incluso la muerte. En el 50% de los casos no se halla la cepa patógena, probablemente debido a que los patógenos virales no se detectan con las pruebas diagnósticas habituales. Aunque con frecuencia existe una superposición, los rinovirus, coronavirus y adenovirus se asocian con infecciones respiratorias de las vías superiores (resfrío, otitis media y sinusitis) mientras que los virus de la gripe, parainfluenza y virus sincitial respiratorio (VSR) se hallan generalmente en los casos de infecciones de las vías inferiores (bronquitis aguda, bronquiolitis y neumonía). En la actualidad se dispone de nuevas técnicas moleculares diagnósticas que permiten aumentar la sensibilidad y especificidad de la detección de los agentes respiratorios, tal como la detección de antígenos.

Los autores realizaron este trabajo para caracterizar el espectro de agentes virales que causan infecciones respiratorias agudas, mediante la técnica de reacción en cadena de la

polimerasa (PCR) y un cultivo viral mejorado por centrifugación. El estudio se llevó a cabo en el momento cumbre de la estación de la gripe y se analizaron las muestras de 266 pacientes.

Mediante la aplicación de PCR se pudo identificar el agente viral en casi el 40% de los pacientes (103), de los cuales 54 eran influenza A y B, seguido por picornavirus en 28 pacientes (que incluyen 24 por rinovirus), VSR en 12, metapneumovirus en 4, coronavirus en 2, adenovirus en 2 y parainfluenza en 1.

Estos hallazgos demuestran que, incluso durante la estación de mayor prevalencia de gripe, los rinovirus y el VSR son los patógenos más comunes y, por lo tanto, se deben considerar en el diagnóstico diferencial de las infecciones respiratorias agudas en adultos antes de prescribir la medicación antiviral. El coronavirus humano y metapneumovirus no parecen cumplir un papel importante. En cuanto a la PCR, es una herramienta útil para la identificación de los patógenos de la gripe u otros agentes virales, que no son detectados fácilmente por métodos tradicionales.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat047/06130027.htm

Asociación entre estrés oxidativo y riesgo de enfermedad coronaria

Clinical Chemistry 52(3):446-452 Mar 2006



Swansea, Reino Unido

Existe una asociación transversal y prospectiva entre las mediciones plasmáticas de estrés oxidativo y el riesgo de presentar enfermedad coronaria. El estrés oxidativo resulta de un desequilibrio entre la producción oxidante (o la formación de especies reactivas de oxígeno) y las defensas antioxidantes. Varios estudios han demostrado que los marcadores plasmáticos de estrés oxidativo se encuentran aumentados en la enfermedad coronaria o ante la presencia de sus factores de riesgo clásicos. La oxidación de los lípidos insaturados de las membranas de células vulnerables podría modular diversas vías de transducción de señales y producir numerosos efectos adversos involucrados en la patogénesis de la aterosclerosis. Esto incluye la expresión aumentada de moléculas de adhesión celular, la inducción de vías proinflamatorias, la proliferación y muerte de células del músculo liso vascular, la disfunción endotelial y la peroxidación lipídica (oxidación del LDL). Las LDL son un objeto importante de la oxidación, y las modificaciones oxidativas en éstas representan un elemento clave en la patogénesis de la aterosclerosis. El objeto del presente trabajo fue examinar la asociación entre los

marcadores plasmáticos del estrés oxidativo y la enfermedad coronaria en una muestra transversal de individuos con diabetes, y la relación entre dicho estrés y el riesgo de enfermedad coronaria a 10 años en una muestra de personas de sexo masculino, predominantemente sin diabetes.

En una muestra de 761 pacientes diabéticos se midió la condición antioxidante total del plasma (CATP) y el cociente entre las LDL oxidadas y el colesterol asociado a LDL. La CATP también fue evaluada en una cohorte de 3 012 hombres sanos para su seguimiento prospectivo a 10 años. En la muestra de individuos con diabetes, se observó que los hombres con enfermedad coronaria presentaban valores menores de la CATP que aquellos sin esta entidad (40.3% y 43.4%, respectivamente). La prevalencia de enfermedad coronaria fue mayor en los cuartiles con menores valores que en los correspondientes a valores altos (32.7% y 19.7%, respectivamente). Por su parte, se observó una asociación significativa entre el cociente de LDL oxidadas y colesterol LDL, y la ausencia o la presencia de enfermedad coronaria; en los primeros, el promedio de esta relación fue de 16.9 unidades/mmol, mientras que en los individuos con la enfermedad, el promedio fue de 19.3 unidades/mmol. En las mujeres no se observaron asociaciones. Por su parte, en la población estudiada en forma prospectiva, la CATP fue menor en los individuos con enfermedad coronaria que en aquellos que no la presentaban (35.1% y 37.1%, respectivamente). Se observó que el *odds ratio* de presentar el cuadro coronario en el cuartil de valores más bajos con respecto al de los valores superiores fue de 1.91. Este hallazgo permaneció estable luego de ajustar según los factores de riesgo clásicos.

Los resultados del presente trabajo demuestran la existencia de una asociación transversal y prospectiva entre la medición plasmática del estrés oxidativo y el riesgo de presentar enfermedad coronaria.

+ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06425021.htm

Reducción en la aparición de leucemia mieloide luego del linfoma de Hodgkin

Journal of the National Cancer Institute 98(3):215-218, Feb 2006

Bethesda, EE.UU.

Durante los últimos años se ha observado una importante disminución del riesgo de padecer leucemia mieloide aguda (LMA) después del tratamiento del linfoma de Hodgkin. Esto se debe, fundamentalmente, a las modificaciones producidas en la quimioterapia. Si bien la aplicación de las terapias para el linfoma de Hodgkin ha producido excelentes tasas de supervivencia, se asocian con gran incremento del riesgo relativo de padecer LMA. Sin embargo, son pocas las estimaciones del aumento del riesgo absoluto (ARA), una medición útil para investigar el problema de la enfermedad a nivel poblacional.

En el presente ensayo fueron evaluados los pacientes con linfoma de Hodgkin con supervivencia de 1 año ($n = 35\ 511$) que habían recibido diagnóstico entre el 1 de enero de 1970 y el 31 de diciembre de 2002, correspondientes a 14 registros poblacionales de individuos con neoplasias de Europa y los EE.UU. Si bien los riesgos fueron elevados para todos los grupos analizados, los pacientes cuyo tratamiento inicial incluyó cualquier tipo de quimioterapia en comparación con la radioterapia sola presentaron mayor ARA estadísticamente significativo para LMA (ARA = 11.3 y 5.4, respectivamente; $p < 0.001$). Ese aumento del riesgo fue mayor para pacientes con mayor edad (> 35 años) y para el período más temprano evaluado (1970-1984 en comparación con 1985-2001). La declinación a lo

largo del año calendario determinada por la diferencia en los ARA fue particularmente notoria entre los individuos que recibieron inicialmente cualquier tipo de quimioterapia.

Los informes basados en los datos detallados de tratamiento sugieren que el riesgo de presentar LMA deja de ser alto transcurridos 10 años o más de finalizada la quimioterapia para el linfoma de Hodgkin, aunque varios informes podrían no tener suficiente potencia estadística para evaluar este riesgo en los sobrevivientes a largo plazo. La persistencia en el presente estudio del ARA incrementado durante más de una década puede reflejar el efecto de quimioterapias subsecuentes, como las aplicadas en el caso de la recaídas, indican los autores.

En conclusión, si bien el riesgo de presentar LMA después de sufrir linfoma de Hodgkin ha presentado una significativa reducción estadística a lo largo de los años evaluados debido fundamentalmente a las modificaciones de los regímenes de quimioterapia, es necesario efectuar más estudios que aporten datos detallados de los tratamientos para correlacionar esas disminuciones con los cambios en las drogas quimioterápicas empleadas, y para comprender mejor el riesgo de LMA a largo plazo que subsiste luego del linfoma de Hodgkin.

+ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06419008.htm



Conceptos y cifras

Etiología de la otitis

Los tres microorganismos principalmente responsables de los casos de otitis media aguda son *Streptococcus pneumoniae* (25% a 50%), *Haemophilus influenzae* no tipificable (15% a 30%) y *Moraxella catarrhalis* (3% a 20%). Con el advenimiento e implementación de la nueva vacuna conjugada antineumocócica en el año 2000, el número de aislamientos de cepas de neumococo está en descenso; mientras que el número de aislamientos de *H. influenzae* no tipificable se encuentra en aumento [*Annals of Pharmacotherapy* 39(11):1879-1887, Nov 2005].

Examen digital rectal

El examen digital rectal (EDR) periódico y la determinación seriada del antígeno prostático específico (APE) son procedimientos de rutina para detectar recidivas en hombres sometidos a prostatectomía radical. Se estima que hasta el 35% de los pacientes experimentarán una recidiva bioquímica (95% de éstas dentro de los 5 años siguientes a la cirugía), detectada por la elevación de los niveles séricos del APE, cuya determinación vino a reemplazar en las últimas décadas al EDR [*European Urology* 48(6):906-910, Dic 2005].

Fibrilación auricular

Con el aislamiento eléctrico completo de todas las VP, a pesar de conseguir el aislamiento completo en todos los casos en los pacientes con FA paroxística, sólo dos tercios de los pacientes permanecen libres de FA en ausencia de tratamiento antiarrítmico farmacológico, lo que ha llevado a la repetición de la ablación hasta en el 50% de los casos. En pacientes con FA persistente o crónica, la eficacia del aislamiento de las VP mediante la ablación ostial segmentaria es menor del 20% [*Progress in Cardiovascular Diseases* 48(1):29-40, Jul 2005].

Aminoglucósidos

La tasa de resistencia de los uropatógenos a antibióticos como ampicilina, TMS y cefalosporinas de primera generación es alta y concuerda con la comunicada en diferentes estudios efectuados con anterioridad en niños. Por el contrario, la resistencia a los aminoglucósidos se aproxima al 1% y es tan baja como la anteriormente observada por otros investigadores en estudios realizados tanto en niños como en adultos [*Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 159(10):924-928, Oct 2005].

El vino tinto reduce el estrés oxidativo en pacientes con síndrome coronario

International Journal of Cardiology 104(1):35-38, Sep 2005

Santiago, Chile

Se ha postulado que el consumo moderado de vino tinto puede disminuir la enfermedad cardiovascular aterosclerótica debido a sus propiedades antioxidantes. El vino tinto contiene varios compuestos polifenólicos, tales como resveratrol y flavonoides, que evitan la oxidación de las lipoproteínas e inducen la relajación vascular dependiente del endotelio en ensayos *in vitro*.

La generación de especies reactivas de oxígeno produce daño y modificaciones en la oxidación del ADN, lo cual se ha demostrado en las placas ateroscleróticas humanas. Por otra parte, el aumento del estrés oxidativo representa una proporción significativa de la disfunción endotelial, la cual está alterada en la enfermedad arterial coronaria, especialmente en el síndrome coronario agudo.

El objetivo de este trabajo fue explorar los efectos del consumo moderado de vino tinto sobre la función endotelial y el estrés oxidativo en pacientes con eventos coronarios agudos. Se estudiaron 20 individuos con angina inestable o infarto de miocardio sin elevación del segmento ST. Todos ellos eran consumidores de vino (1 o 2 vasos de vino por día). Los pacientes se separaron en dos grupos, uno que consumía 250 ml diarios de vino *cabernet sauvignon* y el grupo control sin ingesta de bebidas alcohólicas. Se evaluó la función endotelial y

el estrés oxidativo al inicio del estudio y luego de dos meses. La función endotelial se estimó mediante la vasodilatación por flujo de la arteria braquial, la capacidad antioxidante del plasma por medición de la reactividad antioxidante total y el daño oxidativo por el contenido de 8-OH guanosina en el ADN de los leucocitos.

Los resultados demostraron que el consumo moderado de vino tinto, como suplemento de un tratamiento estándar en pacientes que se recuperaban de un síndrome coronario agudo, fue bien tolerado y produjo una marcada mejoría de la función endotelial, medida como la relación entre la dilatación dependiente e independiente del endotelio. La mejoría de esta relación fue mayor en el grupo de los pacientes que consumían vino pero sin alcanzar significación estadística. Los autores también observaron un aumento de la capacidad antioxidante del plasma en comparación con el grupo control. Estos hallazgos sugieren que los polifenoles del vino tinto parecen inhibir la producción de radicales libres de oxígeno que causan daño oxidativo al ADN y favorecen los procesos inflamatorios. Además, la reducción del estrés oxidativo y la mejoría de la función endotelial pueden ser beneficiosas para estos pacientes.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat047/06202017.htm

Cambios en la incidencia de peritonitis con la diálisis peritoneal

Clinical Microbiology and Infection 11(10):837-839, Oct 2005

Hong Kong, China

La peritonitis es la causa más importante de fracaso en el tratamiento en los pacientes en diálisis peritoneal (DP). Esta enfermedad es común después del desarrollo inicial de la DP, pero la incidencia ha disminuido durante los últimos 15 años probablemente como resultado de las mejoras en la tecnología de conexión. El presente estudio describe los cambios en la distribución de los organismos causantes de peritonitis relacionadas con DP durante un período de 10 años en un solo centro de Hong Kong, en el cual se revisaron todos los episodios de peritonitis registrados entre 1994 y 2003 en la unidad renal.

La tasa de incidencia de la infección relacionada con la DP disminuyó a menos de la mitad durante los últimos 10 años, con un valor de 0.68 episodios por año.

Cuando se examinaron los microorganismos específicos, la prevalencia de peritonitis causada por estafilococos coagulasa negativos declinó casi el 75%, mientras que la ocasionada por *S. aureus* se redujo a la mitad. Esta disminución de la incidencia no fue un hallazgo inesperado

sino que resultó de las mejoras en la tecnología de conexión. Desde 1998 la mayoría de los pacientes habían empleado un sistema desconectado, y a partir de ese período los niveles se mantuvieron estables. El creciente número de casos que requieren alterar el régimen de antibióticos sugiere que la resistencia aumenta, ya que se ha advertido un incremento de la prevalencia de infecciones causadas por estafilococos coagulasa negativos resistentes a la meticilina en pacientes en DP.

En conclusión, se ha observado una declinación gradual de la incidencia de peritonitis relacionada con DP durante los últimos diez años que parece asociarse en forma parcial con un aumento de la utilización de los sistemas de DP desconectados. Sin embargo, hay un aumento en la necesidad de modificar el régimen empírico inicial de antibióticos, lo cual indica que el tratamiento se debe adaptar en forma individual.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat047/06130018.htm

Etiología, diagnóstico y tratamiento del dolor en la articulación sacroilíaca

Anesthesia & Analgesia 101(5):1440-1453, Nov 2005

Baltimore, EE.UU.

La articulación sacroilíaca se caracteriza por ser la mayor articulación del esqueleto humano ubicada en sentido axial. Se sostiene por poderosos ligamentos, más extendidos dorsalmente, los cuales limitan el movimiento articular en todos los planos. Debido a su posición y a las fuerzas a las que se ve sometida la articulación sacroilíaca, el dolor constituye una condición que afecta a entre el 15% y 25% de las personas a lo largo de la vida. Con todo, dada la complejidad de las estructuras que componen esta articulación, los mecanismos que provocan dolor son numerosos y poco estudiados. Cuando una condición como la diferencia de longitud de los miembros es la responsable del dolor, la corrección del defecto en general termina con los síntomas. Sin embargo, en diversos cuadros clínicos donde no está claro el agente causal del dolor, las infiltraciones con corticoides se muestran como el método más efectivo para controlarlo.

El mecanismo que provoca la lesión articular y el subsiguiente dolor ha sido descrito como la combinación de una fuerza de dirección axial y una rotación abrupta. Este evento puede ser responsable de elongación o torsión de estructuras tales como la cápsula articular, sinovial, los ligamentos, o incluso de provocar microfracturas y fracturas. Además de esta fuente etiológica, existen numerosos factores que predisponen a una persona a padecer dolor sacroilíaco. Entre otros, una diferencia en la longitud de los miembros, dificultades en la marcha, la práctica de ejercicios violentos por tiempo prolongado, escoliosis y



anormalidades de transición lumbosacra.

Asimismo, este tipo de artralgia es considerada un síntoma temprano y principal de ciertas espondilopatías.

Uno de los desafíos del tratamiento del dolor sacroilíaco pasa por el diagnóstico. Docenas de pruebas se han propuesto para el diagnóstico, no obstante lo cual, pocas demostraron ser efectivas. La radiografía y el examen clínico se revelan imprecisos. En la actualidad, el método de diagnóstico más ampliamente utilizado consiste en la infiltración de pequeños volúmenes de anestesia local. En cuanto a los tratamientos, éstos pueden ser agrupados en 2 grandes categorías: aquellos destinados a corregir la patología subyacente y los tratamientos sintomáticos, aunque para ambos las pruebas que soportan las diferentes terapias son limitadas en la literatura médica. Los tratamientos principales consisten en abordajes psicosociales, tratamientos fisiátricos, inyecciones intraarticulares con corticoides y en las ocasiones en que el dolor es refractario pueden intentarse procedimientos de deservación por radiofrecuencia o cirugía.

Con todo, señala el autor, el método más difundido y eficaz para el tratamiento del dolor sacroilíaco consiste en infiltraciones con corticoides, incluso para los pacientes con espondilopatías. La deservación por radiofrecuencia constituye un método promisorio, aunque se carece de estudios controlados que lo confirmen.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d26007.htm

Alto porcentaje de fracasos con la administración de drogas en la región glútea

BMJ 332(7542):637-638, Mar 2006

Jersey, Reino Unido

La conclusión del presente estudio retrospectivo señala que en un porcentaje importante de pacientes de ambos sexos las inyecciones aplicadas con agujas pequeñas o más grandes, en la región glútea anterior o posterior, son subcutáneas y no intramusculares debido a la profundidad del tejido adiposo. Los ensayos sobre las inyecciones intramusculares han mostrado diferencias en los picos de concentración plasmática de los analgésicos narcóticos y en la percepción del alivio del dolor; esto también se observó con la administración de antibióticos, insulina y lidocaína, lo que dependió del sitio de inyección, fuera éste el músculo glúteo o el deltoides. Las posibles razones para esta variación en la eficacia incluyen los diferentes índices entre el tejido adiposo y muscular, el mayor fluido sanguíneo en el músculo deltoides respecto del músculo glúteo, y la compresión externa posicional de los glúteos. En una población con sobrepeso en aumento estos factores pueden incrementarse aún más, lo que provoca menor efectividad de las inyecciones intramusculares, dado que si la profundidad del tejido adiposo es tal que la aguja no alcanza la capa muscular, la absorción promedio de las drogas se reduce.

El presente ensayo incluyó 100 pacientes consecutivos adultos –el 61% de ellos eran mujeres–, con edades entre 22 y 65 años, y que presentaban tomografía computarizada de la pelvis. La edad no se correlacionó con la profundidad de la región posterior del glúteo, aunque a mayor edad se observó incremento de la profundidad de la región anterior del músculo. La profundidad del sitio de inyección fue marcadamente diferente entre hombres y mujeres y esa diferencia fue significativa ($p < 0.01$).

Debido a la profundidad del tejido adiposo, las inyecciones intramusculares con las agujas más largas aplicadas en la región anterior del glúteo en la muestra estudiada fueron subcutáneas en el 12% de los pacientes (16% de las mujeres y 5% de los hombres), y en el 26% de ellos con las agujas más pequeñas (36% de las mujeres y 10% de los hombres). En la región posterior del glúteo las agujas más grandes no alcanzaron el músculo en el 43% de los individuos (57% de las mujeres y 21% de los hombres), y las más pequeñas en el 72% de ellos (90% de las mujeres y 44% de los hombres).

El autor refiere que el número de pacientes incluidos en el ensayo fue pequeño; asimismo, éstos fueron incorporados de una población local que no incluyó espectros de edad extremos. Si bien la profundidad de los sitios de inyección en el músculo glúteo puede variar respecto de promedios nacionales, el estudio demuestra que en una minoría significativa de individuos las agujas estándar, que constituyen el método habitual de administración, pueden no alcanzar el tejido muscular. Además, en poblaciones con elevados índices de obesidad la profundidad a alcanzar puede ser aun mayor que la demostrada en este estudio.

La eficacia de las inyecciones intramusculares por la vía del músculo glúteo –como ya lo habían señalado estudios previos– es baja, por lo que esta ruta debería ser evitada para la mayoría de las drogas. Si no es posible utilizar vías alternativas, concluye el autor, se debe considerar el empleo de agujas más largas.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06413003.htm



Conceptos y cifras

Tumores vesicales

La quimioterapia intravesical es eficaz en la profilaxis de las recurrencias de tumores vesicales superficiales luego de la resección transuretral. Esta modalidad de tratamiento se asocia con una reducción del 44% en el índice de recidiva al año; sin embargo, en períodos más prolongados, la frecuencia de recurrencia se incrementa paulatinamente [*Actas Urológicas Españolas* 29(9):846-859, Oct 2005].

Definición de alexitimia

La alexitimia hace referencia a las dificultades para el reconocimiento y verbalización de sentimientos. El *insight* o discernimiento puede considerarse como un concepto multidimensional, con procesos perceptivos, cognitivos y motivacionales [*European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 255(5):350-358, 2005].

Tratamiento del insomnio

El tratamiento ambulatorio del insomnio crónico con 10 mg de zolpidem es eficaz para lograr una mejoría inmediata y presenta efectos residuales al día siguiente [*Clinical Drug Investigation* 13(3): 134-144, 1997].

Hormona paratiroidea

En determinadas circunstancias, la hormona paratiroidea produce un efecto anabólico sobre el hueso. Algunos estudios demostraron que la administración de su análogo recombinante humano, la teriparatida, disminuye entre el 53% y 69% la fragilidad ósea en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis [*Bone* 36(6):948-958, Jun 2005].

Osteoporosis de columna

La osteoporosis, un trastorno óseo que se caracteriza por compromiso de la fuerza y resistencia del hueso y por el mayor riesgo de fracturas, constituye un problema importante en salud pública que afecta a casi 200 millones de personas de la población mundial y a aproximadamente 20 millones de individuos mayores de 45 años en los EE.UU. Las fracturas más frecuentes son las vertebrales, cuyas consecuencias pueden ser dorsalgias, pérdida de estatura y reducción de la calidad de vida [*Bone* 37(2):170-174, Ago 2005].

Discapacidad neuropsicológica en mujeres

Se ha observado que hay un elevada posibilidad de discapacidad neuropsicológica entre las pacientes infectadas por el virus de la hepatitis C. Se demostró que la infección conjunta por HCV y HIV conlleva un riesgo aun mayor [*Aids* 19(15):1659-1667, Oct 2005].

Actualización sobre algunos aspectos de las cefaleas primarias

Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA) 18(11):16-22, Nov 2005

Denver, EE.UU.

Existen 3 tipos de cefaleas primarias, cada una de las cuales presenta características específicas y requiere un tipo de tratamiento particular.

La cefalea es un trastorno que afecta al 90% de la población en algún momento de la vida. Aunque la mayor parte de la fisiopatología de las cefaleas primarias aún no ha sido aclarada, investigaciones recientes han provisto a los médicos clínicos de un conocimiento que les permite diagnosticar y tratar a estos pacientes con mayor precisión.

En la actualidad se apoya la teoría de la estimulación del sistema trigeminovascular como la causa de la mayoría de los casos de cefalea. El estímulo periférico causa la activación de los receptores de serotonina, lo que determina la liberación de neuropéptidos vasodilatadores como la sustancia P y el péptido de calcitonina relacionado con el gen. Estos vasopéptidos determinan la dilatación de los vasos meníngeos, lo cual, a su vez, causa tensión y estiramiento de los nervios dispuestos alrededor de estos vasos y se produce su despolarización y activación. Esto último es percibido por el paciente como dolor. Entre los factores que han sido asociados con la etiología de la cefalea se incluyen los estrógenos, la genética, el medio ambiente y los factores de conducta.

La Sociedad Internacional de Cefalea ha creado un sistema de clasificación de las cefaleas en dos tipos principales: primaria y secundaria. Estas últimas son causadas por un proceso sistémico o por alguna patología de base.

Respecto de este tipo de cefaleas, los signos de alarma que deben ser tenidos en cuenta son la edad < 5 años o > 50 años, el aumento de la frecuencia o la intensidad de las cefaleas, la claudicación mandibular, la presencia de cambios cognitivos o motores, la rigidez cervical y la fiebre. A su vez, las cefaleas primarias se dividen en 3 categorías: tipo migraña, tensional y en racimo. Las primeras son de intensidad moderada a grave, y duran de 4 a 72 horas. Empeoran con la actividad y casi siempre surgen durante la realización de las actividades cotidianas habituales. Pueden asociarse otros síntomas, como náuseas y vómitos, y fobia.

La cefalea tensional es de intensidad leve a moderada, con un dolor bilateral percibido como una sensación de opresión.

Este tipo de cefalea usualmente no limita la actividad del paciente afectado, y puede durar desde 30 minutos hasta días enteros. Generalmente, no presenta otros síntomas asociados.

Por último, la cefalea en racimo es de corta duración y de intensidad grave. El dolor, unilateral, es descrito como "de

apuñalamiento" y dura de 15 a 180 minutos.

Con frecuencia se acompaña de síntomas faciales ipsilaterales.

El diagnóstico correcto es esencial, debido a que el tratamiento depende del tipo específico de cefalea. Para esto puede ser de utilidad un calendario o diario de cefaleas, donde el paciente registra cada episodio sufrido, su localización, su duración y las características del dolor, además de la presencia de otros síntomas, posibles desencadenantes y la medicación tomada para aliviar el dolor. A todos los sujetos con cefalea primaria se les ofrece un tratamiento farmacológico que reduzca el dolor; éste es tomado al comienzo de cada episodio con el objetivo de aliviar los síntomas dentro de las siguientes 2 horas. Por su parte, la medicación preventiva es ingerida diariamente con el propósito de evitar que los episodios tengan lugar.

Para el tratamiento de los pacientes con migraña se indican, dentro del primer grupo de medicamentos, antiinflamatorios no esteroideos de venta libre (para episodios leves a moderados), triptanos (para los episodios graves, o cuando el tratamiento anterior ha fracasado) o derivados del cornezuelo del centeno (los cuales son considerados de segunda línea, debido a que no son tan seguros como los triptanos y causan más efectos adversos).

Entre los fármacos preventivos, indicados para aquellos pacientes con migrañas de duración > 12 horas, o si la frecuencia es mayor de 4 episodios moderados a graves por mes, se incluyen los betabloqueantes, los anticonvulsivos y los antidepresivos tricíclicos. En la terapia de las cefaleas tensionales se emplean analgésicos de venta libre y, como medicación preventiva, los antidepresivos tricíclicos.

Por último, el tratamiento de elección para la cefalea en racimo es el oxígeno inhalado, mientras que como prevención de la aparición de episodios cuando éstos son graves e incapacitantes, se indican corticosteroides. En la actualidad se estudia el efecto de las inyecciones de toxina botulínica, de levetiracetam, mirtazapina y lisinopril.

Las cefaleas pueden ser primarias o secundarias a otros trastornos; las primarias, a su vez, se dividen en 3 tipos: tipo migraña, tensional y en racimo. Su diagnóstico requiere un exhaustivo interrogatorio y el estudio de las características de los episodios. En conclusión, los autores señalan que una vez que se arriba al diagnóstico se debe considerar, según el tipo de cefalea primaria en cuestión, la implementación de dos tipos de tratamiento: el que reduce los síntomas una vez que los episodios comienzan, y el que evita que éstos aparezcan.



Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat046/06118004.htm

Vasoespasmos cerebrales posteriores a lesión traumática del cerebro

Journal of Neurosurgery 103(5):812-824, Nov 2005



Los Angeles, EE.UU.

La incidencia de vasoespasmos tras una lesión cerebral traumática (LCT) es similar a la observada luego de una hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática. El vasoespasmos cerebral es una importante causa de discapacidad y deficiencias neurológicas a largo plazo observadas luego de una HSA aneurismática. En el 7% de los sujetos con HSA aneurismática, la gravedad del vasoespasmos puede causar deficiencias isquémicas permanentes, y en otro 7% puede ser fatal. Las LCT se asocian frecuentemente con HSA. A pesar de algunas controversias al respecto, existen cada vez más pruebas de que la HSA traumática se asocia con una evolución desfavorable. El objetivo del presente trabajo fue analizar la incidencia, la prevalencia, el tiempo de curso y el espectro de gravedad del vasoespasmos postraumático en una cohorte de 299 pacientes.

Durante las primeras 2 semanas posteriores al trauma se realizó periódicamente en cada paciente una ultrasonografía Doppler transcraneal para estudiar la velocidad del flujo sanguíneo en la arteria cerebral media (VACM) y en las arterias basales (VAB). Para medir el flujo sanguíneo cerebral, se utilizó ^{133}Xe . De acuerdo con la definición actual de vasoespasmos, se consideraron 5 criterios: A (VACM > 120 cm/segundo), B (VACM > 120 cm/segundo y razón de Lindegaard > 3), C (índice de espasmo [IE] en la circulación

anterior > 3.4), D (VAB > 90 cm/segundo) y E (IE en la circulación posterior > 2.5). Los criterios C y E fueron considerados para representar los vasoespasmos hemodinámicamente significativos.

El 45.2% de los pacientes mostraron por lo menos un criterio de vasoespasmos. Los sujetos que presentaron vasoespasmos fueron significativamente más jóvenes que aquellos que no lo hicieron, y tenían al ingreso menores puntajes de la escala de Glasgow. Las incidencias acumulativas de los criterios A y B fueron, respectivamente, de 36.9% y 36.2%. En el 44.6% de los pacientes se encontró un vasoespasmos hemodinámicamente significativo en la circulación anterior (criterio C), mientras que se hallaron los criterios D o E, es decir, vasoespasmos en las arterias basales, en el 19% y 22.5%, respectivamente. El momento en que con mayor frecuencia comenzaron a observarse los criterios A, B, D y E fue el segundo día posterior al trauma. En el día 3 se registró el mayor riesgo de presentar un vasoespasmos hemodinámicamente significativo en la circulación anterior. La prevalencia diaria de vasoespasmos en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos fue de 30% desde el período postrauma de 3.5 días hasta 50% para aquellos sujetos con criterio D o E. El vasoespasmos hemodinámicamente significativo en la circulación anterior resolvió luego de 2.5 días en el 50% de los pacientes. El curso temporal de dicho vasoespasmos fue determinado primariamente por la reducción en el flujo sanguíneo cerebral.

Los resultados del presente trabajo muestran que una importante proporción de los pacientes con LCT presentan vasoespasmos cerebrales. En general, sostienen los autores, el vasoespasmos postraumático es una lesión secundaria a la LCT potencialmente significativa, por lo que los pacientes afectados deben ser controlados estrictamente a través de ultrasonografías Doppler transcraneales y mediciones del flujo.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d12006.htm

Correlación entre ultrasonido y anatomía patológica en el carcinoma hepatocelular

Clinical Radiology 61(2):191-197, Feb 2006

Seúl, Corea del Sur

El seguimiento por métodos de imágenes es fundamental en pacientes con hepatitis crónica y cirrosis hepática, dado que ante la aparición de carcinoma hepatocelular (CH) la detección temprana mejora las tasas de supervivencia. El seguimiento de la enfermedad hepática crónica (EHC) se efectúa por niveles séricos de α fetoproteína y diagnóstico por imágenes –como tomografía computarizada, ultrasonografía (US) o imágenes de resonancia magnética–. La US es el método más utilizado y de costo razonable. Es necesario, señalan los autores, evaluar la seguridad de la US en la detección del CH en pacientes con hepatitis crónica o cirrosis en estadios iniciales; con este objetivo, en el presente estudio evaluaron pacientes que fueron sometidos a cirugía de resección hepática.

La población estudiada incluyó pacientes con EHC, sin cirrosis, o con cirrosis en estadios iniciales, y sujetos con hepatitis crónica cuyos datos fueron evaluados retrospectivamente. Se revisaron los informes de US preoperatorios de 103 pacientes sometidos a resección hepática, que presentaban EHC con buena función hepática y textura ecográfica del hígado relativamente normal. En los casos seleccionados se había empleado US como método inicial de diagnóstico por imágenes. La presencia de una o más lesiones nodulares de diámetro mayor de 1 cm fue considerada un posible CH; las lesiones menores de 1 cm fueron clasificadas como nódulos regenerativos y, por lo tanto, excluidas del total de lesiones detectadas. La correlación con la patología, efectuada mediante la revisión retrospectiva de los informes de US preoperatorio, estuvo a cargo de dos radiólogos experimentados. A su vez, los informes patológicos de los segmentos hepáticos resecados fueron correlacionados por

medida y localización con las lesiones detectadas por US.

Se hallaron 157 casos de CH en 244 segmentos hepáticos obtenidos de 103 pacientes; 101 de los 157 casos se habían detectado por US en 97 pacientes. Estas cifras dan como resultado un valor de sensibilidad del 64%. En 6 sujetos se perdió un CH solitario en cada paciente, lo que arroja una sensibilidad por paciente del 94%. Mediante la US se detectaron 87 de 100 (87%) CH mayores de 2 cm de diámetro, y 14 de 57 (25%) CH con diámetros menores de 2 cm. En el análisis efectuado segmento a segmento la sensibilidad fue del 78% (99 de 127 segmentos), mientras que la especificidad resultó de 97% (114 de 117 segmentos), y la seguridad del 87% (213 de 244 segmentos), con un valor predictivo positivo del 97% (99 de 102 segmentos) y valor predictivo negativo del 80% (114 de 142 segmentos). Los valores de sensibilidad informados para TC e IRM en la detección de CH fueron del 37% al 55% (comparativamente bajos). Además, la capacidad de detección con estos métodos varía según el grado de enfermedad hepática, dado que los casos más afectados presentan numerosas alteraciones estructurales que dificultan la detección de CH pequeños.

En conclusión, señalan los autores, en pacientes con EHC y buena función hepática, el estudio con US para la detección de CH mostró una sensibilidad del 94% en la identificación de pacientes afectados; mientras que para lesiones individuales, la sensibilidad fue sólo del 64%.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06419005.htm



Conceptos y cifras

Hipertensión pulmonar

La hipertensión pulmonar, ya sea idiopática, relacionada con enfermedad autoinmune o cardiopatía congénita, es una rara entidad de mal pronóstico. Cuando se asocia al síndrome de Eisenmenger tiene elevado riesgo de mortalidad y morbilidad en una población relativamente joven y con limitadas opciones terapéuticas. Se caracteriza por remodelación de la pared vascular, lesiones plexiformes y obstrucción vascular pulmonar, lo cual lleva a insuficiencia cardíaca derecha progresiva y muerte [Heart 91(11):1447-1452, Nov 2005].

HPV en mujeres añasas

Un estudio efectuado en Canadá demostró que el 7.7% de las mujeres de 45 a 49 años, negativas para los serotipos de HPV de alto riesgo (carcinogénicos), tuvieron resultados positivos un año después, con una tasa similar a la de las mujeres de 20 a 25 años. Otros estudios que evaluaron mujeres adultas hallaron un porcentaje de infecciones por HPV (con serotipos de alto y bajo riesgo carcinogénico) persistentes por más de 12 meses, del 25% a 50%. En un estudio de Costa Rica, la persistencia del HPV luego de 5 años aumentó con la edad [Emerging Infectious Diseases 11(11):1680-1685, Nov 2005].

Sinusitis frontal

Las complicaciones supurativas de la sinusitis frontal o etmoidal en pediatría son celulitis orbitaria, piocele, absceso subperiostótico, absceso intraorbitario, neuritis óptica, absceso epidural o cerebral, empiema subdural, meningitis, absceso subgaleal y trombosis del seno sagital superior o cavernoso. Las complicaciones intracraneales supurativas se presentan en el 3% a 11% de los niños internados por sinusitis. El lóbulo frontal es un sitio común para la formación de abscesos secundarios a sinusitis frontal [Clinical Pediatrics 44(8):675-682, Oct 2005].

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es el tipo de cáncer que se diagnostica con más frecuencia y la tercera causa de muerte asociada con neoplasias en los varones. Si bien la prostatectomía radical y la radioterapia ofrecen sorprendentes tasas de curación y reducción de la mortalidad asociada con la enfermedad, la primera de estas modalidades de tratamiento no es de uso corriente en pacientes mayores de 70 años, según parece afirmarlo una encuesta realizada en Canadá [Journal of the National Cancer Institute 97(20):1525-1532, Oct 2005].

Importancia de la exploración rutinaria de otros órganos en apendicectomías

Singapur, Singapur

A pesar de que la apendicitis aguda constituye la causa más frecuente de abdomen agudo y cirugía de urgencia en los países desarrollados, el diagnóstico diferencial permanece como desafío en la práctica cotidiana.

Diversas enfermedades simulan cuadros apendiculares, por ejemplo, adenitis mesentérica, trastornos ginecológicos, diverticulitis sigmoidea, ileítis regional e inflamación del divertículo de Meckel. De tal modo que, en la práctica, los cirujanos habitualmente exploran la cavidad abdominal en busca de otras enfermedades cuando se encuentran con apéndices normales. Las dificultades comienzan cuando se decide investigar otras enfermedades luego de realizar una pequeña incisión en ocasión de la apendicectomía. Bajo esa circunstancia, los autores destacan que la cirugía mínimamente invasiva, tal es el caso de la laparoscopia, representa una mejor opción para realizar la apendicectomía y para visualizar los otros órganos.

Los investigadores encararon un estudio retrospectivo sobre 516 pacientes para determinar en qué medida los hallazgos y las decisiones que tomaban los cirujanos en la mesa de operaciones, por medio del análisis macroscópico de los órganos involucrados, se correlacionaban con el diagnóstico histopatológico. Para el análisis se tomaron en cuenta no sólo los diagnósticos del cirujano y el patólogo sino también la experiencia de los cirujanos y la edad y el sexo de los pacientes. La edad de los participantes varió entre 11 y 90

Asian Journal of Surgery 28(4):257-261, Oct 2005

años. Los cirujanos con poca experiencia participaron en 235 casos, los avanzados en, 190 y los especialistas en 91 ocasiones.

La discordancia total alcanzó al 14.3% de los casos. Asumir que el diagnóstico histopatológico era correcto en los casos de discrepancia, la sensibilidad de los cirujanos para establecer que un apéndice era normal fue del 50%, mientras que para determinar que éste era patológico fue del 96%, y que las enfermedades afectaban otros órganos, del 33%. En cuanto a la experiencia del cirujano, la discordancia alcanzó al 17% si se trataba de cirujanos noveles, 11% en los avanzados y 14% para los especialistas.

Este estudio se basó en la creencia de que los cirujanos podrían diferenciar entre apéndices normales y comprometidos con el examen macroscópico. Sin embargo, destacan los autores, esta condición no es real. De tal modo que es posible que puedan realizarse exploraciones de otros órganos sobre la base de un diagnóstico errado en la mesa de operaciones, circunstancia complicada dada la vía habitualmente empleada para las apendicectomías. Alternativamente, una cirugía mínimamente invasiva representa una mejor opción para explorar otros órganos, si se tiene en cuenta además que numerosas investigaciones han destacado la seguridad y practicidad de la apendicectomía por vía laparoscópica.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat046/06113011.htm

Isoformas del PSA para la detección de cáncer de próstata

European Urology 48(3):386-399, Sep 2005

Oxford, Reino Unido

El indicador más usado para detectar cáncer de próstata es la determinación de los niveles séricos de antígeno prostático específico (PSA), una serina proteasa producida por el epitelio de la próstata. Si bien los niveles elevados de PSA sugieren la presencia de un cáncer de próstata, el diagnóstico de confirmación se realiza mediante una biopsia.

Generalmente se considera que un valor sérico de PSA de 4 ng/ml es el valor umbral por encima del cual se requiere la realización de una biopsia, si bien la especificidad de la prueba es mala para valores por debajo de 10 mg/ml. Del 25% a 40% de los hombres que presentan entre 4 y 10 ng/ml tendrán cáncer de próstata, lo que significa que una gran proporción de pacientes con estos niveles de PSA se someterá a biopsias innecesarias. A la inversa, el umbral de 4 ng/ml impide detectar entre el 20% y 40% de los cánceres.

Por esta razón, algunos urólogos proponen adoptar un umbral de 2.5-3 ng/ml como indicación de biopsia. El enfoque más promisorio para aumentar la especificidad de la prueba de PSA para niveles inferiores a 10 ng/ml es la

medición de diferentes isoformas moleculares de PSA, tal como PSA libre (alrededor del 30%) y PSA en complejos PSAC (70%). Este trabajo es una revisión bibliográfica acerca de la capacidad de diagnóstico de las pruebas de PSA total (PSAt), libre (PSAI) y PSAC en hombres con niveles de PSAt entre 2 y 10 ng/ml.

Se seleccionaron los datos de sensibilidad y especificidad de 66 estudios y se realizó un metaanálisis que muestra que las pruebas de las isoformas PSAt, PSAI y PSAC mejoran la detección del cáncer de próstata en hombres que tienen niveles de PSAt de 4-10 ng/ml o 2-4ng/ml, mientras que el rendimiento de la prueba de PSAt y PSAI en el intervalo de 4-10 ng/ml es superior que en el de 2-4 ng/ml. Sin embargo, la falta de información detallada sobre la metodología y el pequeño número de estudios de cada intervalo sugieren que estos hallazgos se deben interpretar con precaución. Los resultados demuestran que el empleo de las pruebas de PSAt y PSAI o PSAC pueden ofrecer una reducción en el número de biopsias innecesarias.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat047/06130017.htm

Importancia de la resonancia magnética en la evaluación del cáncer de cuello uterino

Journal of Cancer Research and Therapeutics 1(2):103-110, Abr 2005



Nueva Delhi, India

El cáncer de cuello uterino constituye la neoplasia más frecuente en las mujeres. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha desarrollado un sistema de clasificación y estadificación que es el más ampliamente utilizado.

Los estadios están definidos de acuerdo con la extensión e infiltración de la lesión primaria hacia los tejidos circundantes, incluidos parametrio, vagina, hígado y recto, entre otros. Sin embargo, y luego de un estudio en donde se evaluó el pronóstico conforme al tamaño tumoral determinado por resonancia magnética nuclear (RMN) y su correlación con la clasificación de la FIGO, los autores destacan que la RMN otorga mayor precisión en el cálculo del volumen y la extensión tumoral y, por lo tanto, debería ser realizada de rutina en los procedimientos de estadificación de la neoplasia.

Para ello analizaron los registros de 70 pacientes con carcinoma de cuello uterino tratadas en un servicio de radioterapia oncológica. Todas las pacientes fueron estadificadas según la clasifi-

cación de la FIGO y se les efectuó RMN de abdomen y pelvis para evaluar el tamaño y la extensión tumoral. La distribución de acuerdo con la estadificación de la FIGO consistió en: estadio I, el 37% de las pacientes; estadio II, el 50%; estadio III, el 10%, y 5% en estadio IV. En base a los volúmenes tumorales observados por RMN, las pacientes se clasificaron en 3 grupos: grupo 1 cuando correspondía a menos de 40 cc; grupo 2, entre 40 y 100 cc; y grupo 3 de más de 100 cc. La interrelación de datos determinó que en el grupo 1, el 44% de las pacientes eran estadio I, 47% estadio II y 9% estaban en estadio III de la FIGO. En el grupo 2, las cifras fueron 35% para estadio I, 45% para estadio II y 10% eran estadio III o IV; por último, en el grupo 3, se distribuyeron en 57% para el estadio II, 14% en estadio III y 29% en estadio IV.

Los autores valoraron la supervivencia total y libre de enfermedad de acuerdo a las imágenes de RMN. La supervivencia libre de enfermedad a los 3 años fue del 86% en el grupo 1, 87% en el grupo 2 y 33% en el grupo 3. La supervivencia total a 3 años correspondió a 100% para los primeros 2 grupos y 62% para el grupo 3. Los investigadores hallaron diferencias en la supervivencia entre la clasificación de la FIGO y los datos aportados por la RMN. Señalan que la estadificación según los criterios de la FIGO no son suficientes para pronosticar el curso de la enfermedad. En tal sentido, proponen incorporar en forma rutinaria la RMN, ya que a su criterio permite mayor precisión de la extensión tumoral y ayuda a elegir la mejor estrategia de tratamiento.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d05017.htm

Valor de la eosinofilia luego del trasplante de células madre

Bone Marrow Transplantation 36(11):985-991, Dic 2005

Sapporo, Japón

El trasplante de células madre ha mejorado la supervivencia de pacientes con diversos trastornos hemáticos como neoplasias, enfermedades metabólicas congénitas e inmunodeficiencias primarias. Investigaciones recientes dieron cuenta de datos interesantes acerca de la aparición de eosinofilia como desenlace de un trasplante alogénico de células madre. En ese sentido, y aunque no pudo ser confirmado, un trabajo señaló que dicha condición indica la adquisición potencial de enfermedad de injerto contra huésped. Sin embargo, los autores de esta investigación comprobaron que los pacientes con eosinofilia luego de un trasplante de células madres tenían mayor supervivencia y presentaban menor proporción de eventos adversos comparados con aquellos sujetos que no presentaban eosinofilia. Esta circunstancia los llevó a señalar que esta condición es un factor pronóstico favorable de los desenlaces de un trasplante de células madre.

La investigación incluyó 113 pacientes con patologías hemáticas malignas y no neoplásicas que recibieron trasplante de células madre como tratamiento. Entre ellos, cuya edad promedio era de 8 años, 33 presentaban leucemia linfoblástica aguda y 23 leucemia mielógena. Por otra parte, 31 tenían enfermedades no neoplásicas como anemia aplásica y síndrome de Wiskott-Aldrich. Como profilaxis de la enfermedad de injerto contra huésped, 61 pacientes recibieron ciclosporina A (CsA) y metotrexato por un período breve, 2 CsA únicamente, 21 CsA y metilprednisolona, 22 pacientes recibieron tacrolimus y por corto plazo metotrexato, 6 solamente metotrexato y a un paciente se le indicó FK506.

Diariamente se realizaron exámenes completos de sangre periférica en todos los pacientes hasta el día 40 consecutivo al trasplante. Con posterioridad, las pruebas fueron realizadas 2 o 3 veces por semana. De los 113 pacientes, 44 presentaron eosinofilia, con el máximo recuento absoluto de eosinófilos, en promedio, al día 67 de realizado el trasplante. El valor

máximo promedio de eosinófilos fue de $840.5 \times 10^6/l$.

La supervivencia total fue significativamente mayor en los pacientes que presentaron eosinofilia posterior al trasplante ($p = 0.0034$). Del mismo modo, entre los 82 pacientes en quienes se reveló una neoplasia, la supervivencia libre de eventos adversos fue significativamente menor en aquellos sin eosinofilia. Más aun, los pacientes con eosinofilia tuvieron menor índice de recidiva que aquellos sin tal condición. En cuanto a los fallecimientos, entre los pacientes con eosinofilia se produjo principalmente por enfermedad de injerto contra huésped crónica, neumonía intersticial y enfermedad venooclusiva; mientras que en el otro grupo, la muerte se produjo primariamente por enfermedad de injerto contra huésped aguda, hemorragia cerebral, neumonía micótica y hemorragia pulmonar.

En las pruebas séricas realizadas, los autores comprobaron que los pacientes con eosinofilia presentaban valores mayores de interleuquina 12 y menores de interleuquina 10 que aquellos sin eosinofilia. Con respecto a este punto destacan que ya se había hecho referencia al papel predisponente de la primera sustancia en eventos de injerto contra leucemia, a partir de la acción antitumoral de la interleuquina 12. Por otra parte, el carácter inhibitorio de la interleuquina 10 sobre la inmunosupresión lleva a los investigadores a señalar que los resultados observados son compatibles con el pronóstico menos favorable que tienen los pacientes sin eosinofilia.

En conclusión, los autores demostraron que los pacientes con eosinofilia luego del trasplante de células madres, como tratamiento de diversas enfermedades hemáticas neoplásicas y no neoplásicas, presentan mayor índice de supervivencia y menor proporción de eventos adversos que aquellos sin eosinofilia. Por lo tanto, afirman, esta condición se traduce en un factor pronóstico favorable.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat047/06202013.htm



Conceptos y cifras

Olanzapina

Más del 94% de los pacientes que reciben tratamiento con olanzapina aumenta de peso. El 40% de los pacientes aumenta su peso en más del 7% [Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 39(6):479-486, 2005].

Vasculopatía periférica

La utilización de una dosis única de bajo volumen de material de contraste puede contribuir al diagnóstico de aterosclerosis subclavia o de los vasos abdominales en los pacientes sometidos a arteriografía coronaria. Los pacientes más beneficiados con esta estrategia son los mayores de 60 años con cardiopatía isquémica que afecta a múltiples vasos y con varios factores de riesgo vasculares [International Journal of Cardiology 106(1):35-40, Ene 2006].

Pimecrolimus

El análisis de los datos de los estudios clínicos y posteriores a la comercialización entre más de 5 millones de pacientes tratados con pimecrolimus en crema al 1% desde diciembre de 2001 no demostró evidencias de incremento del riesgo de cáncer o de linfomas no Hodgkin relacionados con el tratamiento. No obstante, sólo podrán obtenerse datos concluyentes después de completar el programa epidemiológico en curso, en el cual se evalúa la seguridad del pimecrolimus al 1% entre 5 y 10 años después del lanzamiento de la droga [Pediatrics 117118-128, 2006].

Síndrome de Marfán

Una de las manifestaciones clínicas más graves del síndrome de Marfán es la dilatación progresiva de la raíz aórtica que, a su vez, puede conducir a la disección, ruptura o insuficiencia aórtica, responsables de la disminución de la expectativa de vida en estos pacientes [International Journal of Cardiology 106(2):177-182, Ene 2006].

Dermatitis atópica

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel muy frecuente. Se estima que afecta a entre el 15% y 20% de los niños y a entre el 1% y 3% de los adultos en los países desarrollados. Los casos graves se asocian con consecuencias sociales y económicas considerables. La enfermedad influye sustancialmente sobre la calidad de vida, dado que altera el sueño e interfiere en la mayor parte de los aspectos de la vida cotidiana [BMJ 330(7490): 516-524, Mar 2005].

La colangiografía intraoperatoria puede ser omitida durante una colecistectomía laparoscópica

Scandinavian Journal of Surgery 94(3):197-200, 2005

Tartu, Estonia

Realizar colangiografía intraoperatoria (CIO) de rutina o de modo selectivo durante un procedimiento laparoscópico persiste como tema de debate entre los especialistas. Aquellos que recomiendan efectuarla rutinariamente arguyen que identifica la anatomía de las vías biliares y ayuda a prevenir lesiones de los conductos biliares. Además, permite detectar cálculos no diagnosticados previamente en esa localización. Los que se oponen argumentan que se pierde tiempo quirúrgico y produce un 4% de resultados falsos positivos. Para los autores de este estudio, una colangiografía endoscópica retrógrada en pacientes seleccionados, con esfinterotomía para retirar los cálculos que obstruyen el conducto biliar, previa a la colecistectomía laparoscópica constituye un método seguro y eficaz para el manejo de pacientes con colelitiasis y coledocolitiasis encubierta.

Llegan a esta conclusión luego de la evaluación y tratamiento de 413 pacientes sometidos a colecistectomía por vía laparoscópica. De acuerdo a estudios de laboratorio y ecográficos prequirúrgicos, los investigadores determinaron que en 38 pacientes había fuertes sospechas de litiasis del conducto biliar. En ellos se efectuó colangiografía endoscópica retrógrada previa a la cirugía; en 22 sujetos se detectó la presencia

de cálculos, los cuales fueron extraídos por esfinterotomía endoscópica en su totalidad.

Por otra parte, 14 pacientes tuvieron síntomas de obstrucción biliar en el período posoperatorio. Todos aparecieron entre los 6 días y 36 meses, y se les realizó colangiografía endoscópica retrógrada, con resultados positivos para litiasis del conducto en 6 sujetos. La incidencia de litiasis de vías biliares alcanzó al 6.8% (28 pacientes).

Los autores señalan, sobre la base de las observaciones realizadas, que es innecesaria la CIO durante una colecistectomía por laparoscopia para verificar estructuras anatómicas. En ese sentido, están convencidos de que adoptar una técnica cuidadosa previene las lesiones ductales. En cuanto a las litiasis de vías biliares no identificadas, aducen que con colangiografía endoscópica retrógrada y eventual esfinterotomía se logran mejores resultados en pacientes en quienes se sospecha la patología. Asimismo, consideran que la CIO sólo podría haber diagnosticado un porcentaje mínimo de pacientes con litiasis residual en vías biliares; además, prolonga el tiempo quirúrgico considerablemente y requiere organización y logística efectivas para llevarla a cabo.



+ Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat046/05d06000.htm
Bases para el diagnóstico de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Jamaica Plain, EE.UU.

La encefalopatía espongiiforme transmisible humana produce varios síndromes clínicos, que incluyen la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica, y formas hereditarias (ECJ familiar) y adquiridas (ECJ yatrogénica y kuru) de la enfermedad. Los datos bioquímicos, epidemiológicos y biológicos indican que también se adquiere por exposición a la carne y otros derivados del ganado afectado por encefalopatía espongiiforme, pero desde el punto de vista clínico la variante ECJ es diferente de la ECJ esporádica. Los organismos de salud pública han localizado fuentes yatrogénicas de las encefalopatías espongiiformes transmisibles, tales como la hormona de crecimiento, trasplantes corneales e injertos de duramadre cadáverica. La ECJ se puede confundir con una variedad de trastornos neurológicos, que incluyen la enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, hematoma intracerebral y demencia vascular. Si bien existen pruebas diagnósticas que indican la presencia de ECJ, el diagnóstico definitivo requiere biopsia cerebral o autopsia.

Según la OMS, el criterio para diagnosticar un caso de esta patología depende de la confirmación neuropatológica. Los autores examinaron los registros médicos de 50 de los 97 pacientes identificados por el Sistema de Vigilancia de ECJ

Clinical Infectious Diseases 41(6):829-833, Sep 2005

del Departamento de Salud de Massachusetts durante 1991-2001 y 21 pacientes adicionales en los cuales se sospechó la enfermedad pero luego se descartó. Entre los 50 pacientes registrados, se había realizado la biopsia cerebral en el 28% de los casos, autopsia en el 57%, y ambas intervenciones en el 8% del total. Los resultados revelaron que en Massachusetts, los pacientes con signos de ECJ son evaluados exhaustivamente con exámenes clínicos, electroencefalogramas (EEG) múltiples, estudios de imágenes y biopsias cerebrales. Si bien los estudios multinacionales han demostrado una sensibilidad y especificidad razonables para el criterio diagnóstico que incluye EEG, análisis del líquido cefalorraquídeo y estudios de imágenes del cerebro, en los casos de ECJ la base para el diagnóstico definitivo continúa siendo la evaluación clínica y el examen histológico e inmunopatológico del tejido cerebral.

Los autores no observaron datos que indiquen que en Massachusetts se dude en realizar biopsias cerebrales o autopsias en los pacientes en quienes se sospecha la ECJ, especialmente en los más jóvenes.



+ Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat047/06201005.htm

Tendencias en el informe anatomopatológico del cáncer de mama

Pathology 37(5):341-346, Oct 2005

Nedlands, Australia

Durante el período 1989-1999, la calidad de los informes de patología en los casos de cáncer de mama mejoró notablemente en Australia, paralelamente a la adopción de informes estandarizados sinópticos.

Durante las últimas dos décadas se ha producido un marcado aumento en el nivel de detalles esperado en los informes de patología del cáncer de mama. Actualmente, se espera que un informe patológico incluya información exhaustiva relacionada con varios factores: si la lesión es *in situ* o invasiva y la proporción relativa de cada una, el subtipo histológico del tumor, el tamaño y el grado tumoral, la presencia o ausencia de invasión linfovascular, los márgenes, y el estado de los nodos linfáticos, de los receptores hormonales y del HER2/neu/c-erb-2. En mayo de 1997 fueron publicadas las primeras normas para el informe patológico de cáncer de mama, lo cual representó una estrategia estándar para el registro de los datos sobre carcinomas *in situ* e invasivos de esta localización. En una investigación anterior, los autores del presente trabajo analizaron los datos pertenecientes a todos los casos diagnosticados de cáncer de mama de los años 1989, 1994 y 1999, con el objeto de evaluar las tendencias en su incidencia, tratamiento y mortalidad. En este artículo, buscaron analizar los cambios en el informe patológico durante el período 1989-1999 y las tendencias en los patrones de los indicadores de pronóstico luego de la introducción de la pesquisa mamográfica en 1989.

La calidad de los informes patológicos mejoró durante el

período considerado. En los casos de carcinoma invasivo, el tamaño tumoral no estaba registrado en el 1.2% de los informes de 1999, mientras que en 1989, este valor fue de 16.1%. A su vez, los respectivos valores para otros factores fueron: 3.3% y 51.6% para el grado tumoral, 0.2% y 4.1% para el tipo tumoral, 3.7% y 70.9% para la invasión vascular, y 1.9% y 4.5% para el estado de los nodos linfáticos. En 1999, el 5.9% de los informes no presentaban un formato en lista de control sinóptica, mientras que, en 1989, todos los informes fueron descriptivos. En toda la población analizada, la proporción de carcinomas invasivos < 1 cm fue de 20.9% en 1999, mientras que este valor fue de 14.5% en 1989. En el caso de los tumores < 2cm, los respectivos valores fueron de 65.4% y 59.7%. En 1999, el 30.5% de los tumores eran histológicamente bien diferenciados, y en 1989, lo eran el 10.6%.

Por su parte, el 61.7% eran negativos en el estudio de los nodos linfáticos en 1999, y el 57.1% lo era en 1989. En 1999, el carcinoma ductal puro *in situ* representaba el 10.9% del total de casos, mientras que en 1989, representaba el 7.9%.

Los autores concluyen que, en Australia occidental, el logro de un informe patológico completo de las variables pronósticas importantes del cáncer de mama fue alcanzado hacia el año 1999 debido, principalmente, al uso de formatos sinópticos y estandarizados.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat046/05n30005.htm

La anemia en el pronóstico de supervivencia del linfoma no Hodgkin agresivo

Leukemia & Lymphoma 46(10):1449-1454, Oct 2005

Bolonia, Italia

En los pacientes con linfoma no Hodgkin (LNH) agresivo, los valores de hemoglobina sérica posteriores a la quimioterapia parecen predecir en forma independiente la supervivencia a los 5 años. La mielotoxicidad es la complicación más frecuente de la quimioterapia citotóxica (QC) y los individuos añosos parecen presentar un mayor riesgo debido a la reducción en sus reservas hematopoyéticas. Los estudios realizados en diferentes regímenes de QC en pacientes de edad avanzada con linfoma difuso de células grandes sugieren que el riesgo y la gravedad de la mielodepresión aumentan con la edad. La fatiga relacionada con la anemia puede precipitar la dependencia funcional del paciente. La prevalencia de anemia en los pacientes con LNH agresivo no se encuentra bien documentada. Los factores involucrados en la inhibición de la eritropoyesis incluyen el compromiso de la médula ósea, la reutilización anormal de hierro, los niveles séricos inapropiados de eritropoyetina con respecto al grado de anemia y la reducción de la respuesta de la médula ósea a la eritropoyetina. El valor pronóstico del compromiso de la médula ósea ha sido bien establecido; sin embargo, relativamente pocos estudios han investigado la relevancia de la anemia como factor indicador del pronóstico de los pacientes con LNH agresivo. En este trabajo, los autores investigaron la relevancia pronóstica de los niveles séricos de hemoglobina (Hb) antes y después del tratamiento en una cohorte de pacientes ancianos con LNH agresivo tratados con un régimen de QC basado en ciclofosfamida, mitoxantrona, vincristina, etopósido, bleomicina y prednisona.

Se analizaron los datos de los pacientes incluidos en tres estudios multicéntricos llevados a cabo entre los años 1993 y 2001, que emplearon el mismo régimen terapéutico mencionado previamente. Se analizó el valor de los niveles séricos de Hb antes y después del tratamiento en términos de la supervivencia general a los 5 años, y en el análisis se consideró la

edad, el sexo, la estadificación inicial del tumor y la respuesta al tratamiento.

En total, fueron incluidos 152 pacientes con un promedio de edad de 70.2 años. Se observó que los valores séricos de Hb posteriores al tratamiento representaron un factor predictor significativo e independiente de la supervivencia a los 5 años. Luego de la estratificación, de acuerdo con la respuesta al tratamiento, se observó que los niveles de Hb posteriores a la terapia fueron predictores en los pacientes que respondían pero no resultaban significativos en quienes no lo hacían. Por su parte, la estratificación según el estadio inicial del tumor demostró que los niveles de Hb posteriores a la QC fueron predictores de la supervivencia en los estadios I-II y III-IV. Al asumir una relación lineal dentro del rango considerado en el análisis, los aumentos de los valores séricos en 1, 2, 3 y 4 g/dl parecen reducir el riesgo de muerte a los 3 años en 24%, 42%, 56% y 67%, respectivamente. Con respecto a los valores de Hb previos a la terapia, se observó que los mayores niveles de ésta se asociaron sólo con una reducción marginal en el riesgo.

Los resultados del presente trabajo indican que en los pacientes mayores con LNH agresivo, los niveles séricos de Hb posteriores a la QC permiten predecir la supervivencia a los 5 años, independientemente de la edad y el sexo del paciente, el estadio inicial del tumor y la existencia de respuesta al tratamiento. Sin embargo, los autores sostienen que, además de estos dos últimos factores, otras características clínicas y patológicas no incluidas en el presente análisis podrían ser relevantes en la supervivencia. De esta manera, la anemia podría representar un marcador de dichas covariables y no un factor causal. Esta posibilidad, sostienen, debe ser evaluada en futuros estudios más complejos.



Información adicional en

www.siicsalud.com/des/des047/06216002.htm



Conceptos y cifras

Patrón de citoquinas en aire exhalado

Los pacientes con exacerbación de EPOC tienen un importante aumento de la concentración de interleuquinas. En cambio, aquellos con EPOC estable (ex fumadores) y los voluntarios sanos presentaron un patrón similar de citoquinas, con excepción de los niveles de IL-1-beta y de IL-12. Por último, los fumadores mostraron mayor concentración de todas las citoquinas analizadas en comparación con individuos no fumadores. El tratamiento con esteroides por vía inhalatoria redujo los niveles de IL-1beta, IL-6, IL-8, IL-10 e IL-12 en sujetos con EPOC estable; la relación se asoció con la dosis en el caso de la IL-1beta, la IL-8 y la IL-12 [*Respiratory Medicine* 99(10):1229-1240, Oct 2005].

Efecto incretina

Es el fenómeno por el cual la ingesta de glucosa por vía oral produce un incremento mayor en la secreción de insulina que la administración de cantidades similares por vía intravenosa [*Diabetologia* 48(9):1872-1881, Jul 2005].

Dermatitis atópica

El tratamiento tradicional de la dermatitis atópica incluye el uso regular de emolientes y la aplicación intermitente de corticoides tópicos durante las exacerbaciones agudas; sin embargo, estos últimos fármacos, aunque eficaces, se asocian con efectos adversos sistémicos y locales. Además, el temor que suelen sentir los pacientes respecto del uso prolongado de corticoides complica el cumplimiento de la terapia [*BMJ* 330(7490):516-524, Mar 2005].

Gastroenteritis virales

La gastroenteritis aguda es una de las enfermedades más frecuentes. Se estima que la mortalidad asociada con esta patología es de 3 a 5 millones de casos al año, la mayor parte de los cuales tiene lugar en los países subdesarrollados y en niños menores de 5 años. En la actualidad, se reconocen cuatro categorías principales de virus clínicamente importantes –además de las bacterias y los parásitos– como agentes etiológicos: rotavirus, calicivirus, astrovirus y adenovirus. Las investigaciones realizadas detectaron que los rotavirus son responsables de la mayoría de los fallecimientos y del 20% al 52% de todos los episodios de gastroenteritis aguda. El conocimiento exacto de la prevalencia relativa de estos agentes sería de utilidad para desarrollar estrategias para el control de estas infecciones [*Journal of Clinical Virology* 34(3):195-206, Nov 2005].

El óxido nitroso facilita la realización de procedimientos pediátricos invasivos

Archives of Disease in Childhood 90(10):1073-1076, Oct 2005

Estocolmo, Suecia

Los procedimientos invasivos como punciones o canulaciones venosas (PV o CV, respectivamente) generan dolor y ansiedad en los pacientes pediátricos y, aunque algunas cremas anestésicas como EMLA (*eutetic mixture of local anesthetic*) solucionaron parcialmente estos inconvenientes todavía se necesitan métodos que reduzcan el dolor en forma rápida y eficiente. Los autores investigaron la eficacia y la seguridad del uso del óxido nitroso (ON) en la consulta pediátrica ambulatoria, pues fue utilizado anteriormente con buenos resultados analgésicos y sedativos. Los 70 participantes, de 6 a 18 años, conformaron 2 grupos de estudio: uno de 50 pacientes que presentaban dificultades para la canulación venosa (DCV), que a su vez fueron distribuidos en forma aleatoria en dos subgrupos, en los que recibirían tratamiento convencional (TC) con EMLA o bien con ON y EMLA (TON). El otro grupo estaba compuesto por 20 niños ansiosos, que eran intervenidos periódicamente; en este caso los pacientes recibieron ambos tratamientos en orden aleatorio.

Cuando se usó TON en el grupo de niños con DCV se pudieron completar todas las intervenciones, mientras que no se logró en el 8% (n = 4) de los pacientes con TC. Se necesitaron entre 2 y 9 intentos (mediana: 4) para la PV en este último subgrupo, mientras que en el primero, si bien el rango fue idéntico, la mediana fue de 2 intentos. Asimismo, el

tiempo promedio para completar las intervenciones fue similar en ambos subgrupos, con una mediana de 18 y 21 minutos. El dolor estimado por los niños fue menor cuando recibieron TON: entre 1 y 4 (mediana: 2), mientras que el grupo con TC presentó valores entre 2 y 10 (mediana: 5).

En el grupo de pacientes ansiosos y con procedimientos reiterados no se pudo realizar una intervención (5%) cuando se utilizó TC y se lograron con dificultad en 9 ocasiones (45%), mientras que el uso de TON permitió realizar con facilidad todos los procedimientos. El tiempo requerido para completar las prácticas fue menor en el subgrupo con TON, con una mediana de 5 minutos, en tanto que el grupo que recibió TC demoró una mediana de 9 minutos. El dolor fue significativamente menor cuando se utilizó ON (mediana: 1 [1-6]) en comparación con el experimentado con el TC (mediana: 5 [1-10]). Sólo se observó una complicación con el uso de ON, tinnitus, pero desapareció dentro de los 3 minutos de la finalización del TON. El 90% de los niños que recibieron ambos tratamientos prefirieron el ON.

El uso de ON es un tratamiento simple, indoloro, de acción rápida y fugaz, a la vez que sus efectos secundarios son mínimos. Estas características, concluyen los autores, facilitan la PV y CV, con lo cual disminuyen la ansiedad y el dolor de los pacientes pediátricos mayores de 5 años.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d26002.htm

Tratamientos para la hepatitis C en pacientes con trasplante de médula ósea

Bone Marrow Transplantation 36(8):709-713, Oct 2005

París, Francia

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en pacientes que reciben trasplante alogénico de células madre (TCM) oscila entre el 6% y el 32%, y es la tercera causa de mortalidad tardía después de las infecciones y la enfermedad de injerto contra huésped (EICH). Asimismo, la cirrosis hepática parece desarrollarse más rápidamente en los pacientes trasplantados que en los sujetos que sólo presentan infección por VHC. En pacientes inmunocompetentes se ha demostrado que el tratamiento con interferón (IFN) o interferón pegilado (PEG IFN) asociado a la ribavirina (RBV) es más efectivo que la monoterapia con IFN, pero en los pacientes con TCM no se suele usar IFN por el temor a que induzca una EICH.

Debido al alto riesgo de presentar cirrosis que tienen los receptores de TCM infectados por el VHC, los autores evaluaron diferentes terapias antivirales en estos pacientes. De los 96 pacientes que estaban infectados con el VHC luego de haber recibido un trasplante de médula ósea (TMO), 36 necesitaban tratamiento antiviral.

Diecisiete pacientes recibieron sólo IFN, 1 fue medicado con IFN y RBV y 4 con PEG IFN y RBV.

Después del primer ciclo terapéutico, 11 sujetos que aún presentaban ARN viral y que no tenían contraindicaciones terapéuticas fueron sometidos a un segundo tratamiento, 3 con IFN solo, 6 con IFN y RBV, y 2 con PEG IFN y RBV.

La remisión viral se obtuvo en el 10% (2/20) de quienes recibieron sólo IFN y en el 20% (4/18) de los medicados con IFN/RBV (n = 9) o PEG IFN/RBV (n = 9). Los efectos secundarios del tratamiento antiviral fueron similares en ambos grupos y se observaron más complicaciones hematológicas en quienes recibían tratamiento combinado.

Los autores destacan que los 6 pacientes que respondieron al tratamiento antiviral permanecían con vida al finalizar la investigación, mientras que 3 de los 16 individuos que no presentaron mejoría fallecieron por complicaciones relacionadas con el VHC. Por último, los investigadores destacan el potencial de la terapia combinada con PEG IFN y RBV para disminuir la mortalidad relacionada a la infección con VHC en los pacientes con TMO.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d26001.htm

Tratamiento del infarto mediante *stent* con elución de paclitaxel

Heart 91(9):1176-1180, Sep 2005



Rotterdam, Holanda

El uso de una prótesis endovascular o *stent* con elución de paclitaxel (SEP) para el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) parece ser seguro y no muestra diferencias significativas en términos de resultados durante el primer año de seguimiento con el empleo de un *stent* con elución de sirolimus (SES). La eficacia de los *stent* con elución de drogas en el tratamiento de las estenosis coronarias de pacientes estables fue comprobada en varios ensayos recientes, con tasas de reestenosis de un solo dígito. Sin embargo, el riesgo potencial de mayor trombogenicidad determina el tratamiento antiplaquetario prolongado y el uso cauteloso de estos *stent* en los síndromes coronarios agudos.

Un metaanálisis realizado recientemente mostró el beneficio de la intervención coronaria percutánea primaria (ICPP) sobre la administración de trombolíticos para el tratamiento del IAM. Por

otra parte, la superioridad de las prótesis de metal desnudo sobre la angioplastia con balón ha sido bien documentada en el manejo del IAM. En el presente artículo, los autores exponen la evolución clínica de un año de una cohorte de pacientes tratados con SEP en el contexto de una ICPP por un IAM con elevación del segmento ST, y comparan este resultado con otro anteriormente publicado correspondiente a otra población de pacientes tratados con SES.

Fueron incluidos en el estudio 136 pacientes tratados exclusivamente con SEP en el contexto de una ICPP por un IAM durante 2003. La evolución de cada uno de ellos fue analizada, en forma prospectiva, a los 30 días y al año, y fueron comparadas, en conjunto, con la de 136 pacientes tratados con SES durante el período precedente en la misma institución. A los 30 días, la tasa de mortalidad global y de reinfarcto fue similar entre ambos grupos. Por su parte, se observó una diferencia significativa en la revascularización del vaso tratado, en favor del grupo con SES (1.1%) con respecto al grupo con SEP (5.1%). Esto fue determinado por la trombosis del *stent*, especialmente en la bifurcación. Al año de seguimiento, no se observaron diferencias significativas entre los grupos, sin trombosis tardía y con una reestenosis en el *stent* de 1.5% en el grupo con SEP (que requirieron revascularización) y sin reintervenciones en el grupo con SES. La tasa de supervivencia libre de eventos cardíacos adversos graves fue de 90.2% para el grupo con SES y de 85% para el grupo con SEP.

El uso de SEP en el tratamiento del IAM parece ser seguro. No se registran diferencias significativas con respecto al empleo de SES dentro del primer año de seguimiento, y se asocia con una muy baja tasa de reintervenciones por reestenosis. Sin embargo, concluyen los autores, sí parece existir una tendencia hacia la necesidad de reintervenciones más tempranas, debido principalmente a la trombosis de la prótesis endovascular.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat047/06201003.htm

Ventajas de la resección hepática segmentaria en el tratamiento de neoplasias

HPB 7(3):222-225, Sep 2005

Kansas City, EE.UU.

El tratamiento de los pacientes con neoplasmas hepáticos a través de resecciones segmentarias se asocia con menor pérdida sanguínea y menos complicaciones posquirúrgicas que la realización de una hemihepatectomía. Las primeras experiencias en la resección hepática de neoplasmas se enfocaban en la hepatectomía segmentaria. Estas resecciones limitadas evitaban encontrar las venas porta y hepáticas, a partir de las cuales una pérdida sanguínea masiva podía comprometer gravemente la vida del paciente. Sin embargo, en la década de 1950, las resecciones hepáticas mayores se incrementaron debido a la publicación de los resultados favorables de su aplicación. En parte esto era el resultado de una nueva apreciación de la anatomía hepática. Hacia fines de la década de 1970 las resecciones segmentarias habían sido prácticamente abandonadas, ya que eran percibidas como "complicadas, prolongadas y con riesgo asociado", así como "innecesarias" debido a la notable capacidad del hígado no cirrótico de regenerarse. En este trabajo, los autores analizaron en forma retrospectiva las hepatectomías realizadas en su institución, con el objeto de determinar si la preservación hepática a partir de las resecciones segmentarias presentaba ventajas con respecto a la cirugía mayor, en términos de pérdida sanguínea y morbilidad y mortalidad posquirúrgica.

Se analizaron los datos de 196 pacientes que fueron sometidos a una hepatectomía segmentaria (n = 70) o mayor

(n = 126) debido a la presencia de neoplasmas hepáticos. Se evaluaron los parámetros clínicos de morbilidad, mortalidad, pérdida sanguínea y duración de la estadía hospitalaria.

No existían diferencias de sexo y edad entre ambos grupos. No se registraron muertes entre los 64 pacientes no cirróticos del grupo de cirugía segmentaria, mientras que sí se produjeron 4 muertes (3.2%) entre los 124 pacientes no cirróticos del grupo de cirugía mayor. En el primer grupo se observaron 4 complicaciones posquirúrgicas (5.6%) y en el segundo se registraron 22 (17.3%). A su vez, la pérdida sanguínea en el grupo de cirugía segmentaria fue de 912 ml, mientras que en el grupo de cirugía mayor ésta fue de 3 675 ml. Por su parte, la duración de la estadía hospitalaria fue de 9.4 días para el primer grupo y de 10.2 días para el segundo.

Los autores concluyen que las resecciones segmentarias brindan una oportunidad de limitar la cantidad de tejido hepático normal removido en el tratamiento de neoplasias. La conservación hepática puede ser importante tanto en los hígados normales como en los enfermos para reducir el riesgo de insuficiencia hepática posquirúrgica a causa de un hígado remanente demasiado pequeño en el caso de edad avanzada o cirrosis.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/06120012.htm



Conceptos y cifras

Cáncer de próstata

Diversos estudios señalan la alta incidencia y la lenta velocidad de desarrollo y progresión del cáncer de próstata. En pacientes con enfermedad de bajo riesgo, la supervivencia libre de enfermedad a 5 años alcanza al 91%, pero disminuye ligeramente en la medida que se modifican los valores de APE, y algunos pacientes pueden pasar de una categoría de bajo riesgo a otra de alto riesgo y necesitar intervención terapéutica [European Urology 48(6):906-910, Dic 2005].

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno neurobiológico con una etiología multifactorial que comprende componentes genéticos y ambientales. Los estudios realizados en familias, gemelos y en niños adoptados aportan pruebas sobre la existencia de un espectro de los trastornos esquizofrénicos en el cual la esquizofrenia constituye la expresión más grave de una enfermedad que comprende manifestaciones no psicóticas y síntomas de psicosis [Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 15(3):403-417, Jun 2005].

Esófago de Barrett

Desde el punto de vista epidemiológico, se observó aumento de obesidad visceral en los grupos de alto riesgo de esófago de Barrett (EB), lo que incluye a los individuos de raza blanca en comparación con afroamericanos y a los varones respecto de las mujeres. Asimismo, durante las dos últimas décadas la obesidad y el EB incrementaron su frecuencia en forma paralela [American Journal of Gastroenterology 100(10):2151-2156, Oct 2005].

Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo

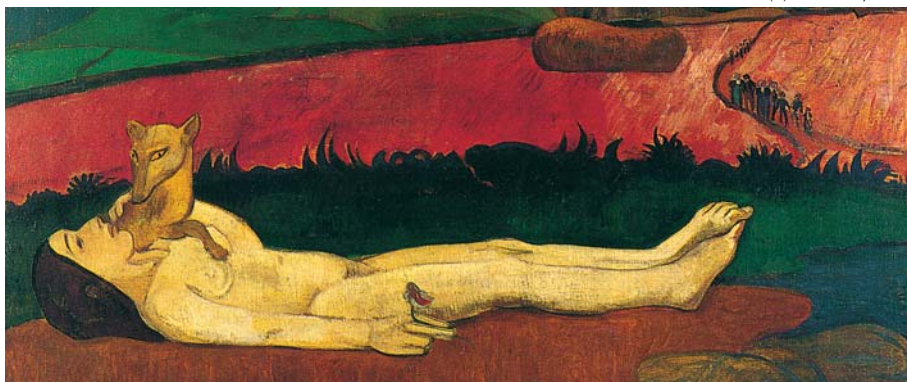
En pacientes con trastorno obsesivo compulsivo existirían interacciones centrales entre las vías serotoninérgica y dopaminérgica que pueden ser moduladas por drogas serotoninérgicas selectivas [European Neuropsychopharmacology 15(5): 521-524, Oct 2005].

Síndrome premenstrual

Del 75% de las mujeres que experimentan cambios físicos y emocionales relacionados con el ciclo menstrual, aproximadamente el 25% padece el síndrome premenstrual (SPM), que se caracteriza por síntomas físicos leves, cefalea y cambios menores en el estado de ánimo. Sin embargo, en el 4% de las mujeres, estos síntomas son tan intensos que afectan su desempeño normal en el trabajo y en el hogar y constituyen el trastorno disfórico premenstrual (TDPM) [Climacteric 8(Supl. 3):28-34, Oct 2005].

Características y tratamiento de la anemia relacionada con el cáncer

American Journal of Cancer 4(4):233-245, 2005



Viena, Austria

La anemia representa un importante trastorno en los individuos con cáncer, ya que produce un efecto perjudicial sobre su calidad de vida.

La anemia relacionada con el cáncer (ARC) produce una gran variedad de síntomas y, en particular, contribuye a la aparición de fatiga, lo que reduce la calidad de vida del paciente afectado. Por otro lado, también puede afectar la tolerabilidad y el resultado de la terapia contra el cáncer. La ARC presenta una etiología multifactorial; puede ser causada por la quimioterapia y la radioterapia mielosupresora, la infiltración del tumor en la médula ósea, la deficiencia relativa de eritropoyetina, una respuesta inadecuada de la médula ósea, una deficiencia de hierro o nutricional, hemorragias, hemólisis y otros factores. Un tipo particular de ARC es la anemia de las enfermedades crónicas, que es la más común entre aquellas no inducidas por el tratamiento. Este tipo de anemia se produce, principalmente, por una respuesta inadecuada de la médula ósea a la eritropoyetina y, en parte, debido a una producción de eritropoyetina relativamente inapropiada. La gravedad de los síntomas asociados con la ARC depende del nivel absoluto de hemoglobina sérica, la rapidez con que comienza el cuadro anémico, los mecanismos compensatorios y la presencia de comorbilidades, entre otros. La anemia es la causa más frecuente de fatiga relacionada con el cáncer. Los síntomas de la fatiga incluyen debilidad generalizada, una reducción en la concentración y trastornos del sueño. A su vez, la anemia representa un pronóstico de menor supervivencia y es un factor predictivo de peor evolución de la terapia en varios tipos de enfermedades oncológicas. En particular, la anemia es un factor pronóstico en el cáncer de cabeza y cuello, pulmón, mama, ovario, cérvix y útero, y próstata, así como en los casos de linfoma y mieloma.

Las opciones terapéuticas incluyen la corrección de las potenciales etiologías y las terapias sintomáticas. Con respecto al primer punto, resulta de particular importancia la corrección de las deficiencias nutricionales (hierro, ácido fólico y vitamina B₁₂), y el tratamiento de una infección, una hemorragia o una hemólisis, si existiesen. Con relación al


tratamiento sintomático, éste incluye la transfusión de glóbulos rojos y la administración de factores de crecimiento eritropoyéticos. Las transfusiones son con frecuencia realizadas sólo en pacientes con anemia grave o muy sintomática. Su administración produce una mejoría inmediata de los síntomas relacionados con la anemia. Los potenciales riesgos asociados son las reacciones a la transfusión, la inmunosupresión y la transmisión de agentes infecciosos. Las preocupaciones acerca de estos riesgos y, en varios países, la escasez de depósitos de sangre producen un impacto negativo en las políticas de transfusiones. Entre los agentes eritropoyéticos se encuentran la eritropoyetina recombinante humana y la darbepoyetina alfa. La anemia es un factor causal de hipoxia tumoral, por lo que ha sido asociada con la resistencia al tratamiento, la progresión del tumor y un peor pronóstico. Por eso, su control a través de los factores de crecimiento hematopoyéticos podría mejorar la respuesta a la terapia, y, como consecuencia, la supervivencia. El tratamiento con estos factores generalmente es bien tolerado, aunque entre sus efectos adversos se encuentran la hipertensión y los eventos trombóticos.


La American Society of Clinical Oncology y la American Society of Hematology recomiendan el uso de epoetina como una opción terapéutica dirigida a los pacientes con anemia relacionada con la quimioterapia y concentraciones de hemoglobina sérica que han disminuido a menos de 10 mg/dl, aunque las transfusiones de glóbulos rojos deben ser consideradas según la gravedad de la anemia o las circunstancias clínicas. Cuando la anemia no es tan grave (niveles de hemoglobina entre 10 y 12 g/dl), la decisión acerca de usar epoetina inmediatamente o esperar a su descenso a niveles inferiores debe basarse en las características clínicas. La epoetina puede ser administrada tres o una vez por semana hasta que los niveles de hemoglobina alcancen los 12 g/dl. Los autores destacan que los profesionales tratantes de sujetos con cáncer deben ser conscientes acerca de la probable existencia de anemia relacionada con el cuadro de base, lo que puede afectar gravemente la calidad de vida de los pacientes.

Información adicional en www.siiic.com/dato/dat04706227000.htm


http://www.siiic.info


Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por su utilidad para la actualización de los profesionales iberoamericanos.

 **XXXIX Congreso Nacional SEPAR**
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
Sevilla, España
3 al 6 de junio de 2006
Tel: 34 93 4878565
Correo electrónico: ssepar@separ.es
Dirección de Internet: <http://www.separ.es>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat045/05o04013.htm>


 **World Congress of Cardiology 2006**
European Society of Cardiology and World Heart Federation
Barcelona, España
2 al 6 de septiembre de 2006
Tel: +33 492 94 76 00
Correo electrónico: CONGRESS@ESCARDIO.ORG
Dirección de Internet: <http://www.worldcardio2006.org>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05n03028.htm>


 **XIII Congreso Nacional y VII Internacional de la Medicina General Española**
Sociedad Española de Medicina General
Valencia, España
14 al 17 de junio de 2006
Tel: 00 34 91 364 41 20
Correo electrónico: semg@semg.es
Dirección de Internet: <http://www.semg.es>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat047/06210017.htm>


 **10º Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar**
Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (ABIH)
Porto Alegre, Brasil
11 al 15 de septiembre de 2006
Tel: 55 11 3253 8229
Correo electrónico: trabasso@hc.unicamp.br
Dirección de Internet: <http://www.abih.org.br>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat046/06118084.htm>


 **3º Congresso Internacional de Clínica Médica**
Sociedade Brasileira de Clínica Médica
San Pablo, Brasil
15 al 17 de junio de 2006
Tel: 55 11 5572 4285
Correo electrónico: sbcm@sbcm.org.br
Dirección de Internet: <http://www.sbcm.org.br/3congressointernacional>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05n10030.htm>


 **XX Congresso Portugues de Nefrologia**
Sociedade Portuguesa de Nefrologia
Vilamoura, Portugal
28 al 30 de septiembre de 2006
Tel: +351 217 970 187
Correo electrónico: geral@spnefro.pt
Dirección de Internet: <http://www.spnefro.pt>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05n25002.htm>


 **XXIV Congreso Centroamericano de Cardiología y IV Congreso Centroamericano y del Caribe de Cardiología**
Sociedad Centroamericana de Cardiología
Ciudad de la Habana, Cuba
20 al 23 de junio de 2006
Tel: (537) 552 650
Correo electrónico: hpl@infomed.sld.cu
<http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05d01030.htm>


 **Congreso Nacional de Neumonología**
Asociación Argentina de Medicina Respiratoria
Buenos Aires, Argentina
14 al 17 de octubre de 2006
Tel: 054 011 4863 3385
Correo electrónico: aamr.@aamr.org.ar
Dirección de Internet: <http://www.aamr.org.ar>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat046/06118026.htm>


 **8th World Congress on Gastrointestinal Cancer**
Imedex and ESMO
Barcelona, España
28 de junio al 1 de julio 2006
Tel: +1(770) 751 7332
Correo electrónico: meetings@imedex.com
Dirección de Internet: <http://www.worldgicancer.com>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05d20005.htm>

 **LI Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica y LIV Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Inmunología**
Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC) y Sociedad Argentina de Inmunología (SAI)
Buenos Aires, Argentina
8 al 11 de noviembre de 2006
Tel: 54 11 4523 4963
Correo electrónico: secretaria@saic.org.ar
<http://www.siicsalud.com/dato/dat046/06118066.htm>

 **11th International Congress of Parasitology**
World Federation of Parasitologists
Glasgow, Reino Unido
6 al 11 de agosto de 2006
Dirección de Internet: <http://www.icopa-xi.org>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat037/04415057.htm>

 **XIV Congreso Latinoamericano de Nutrición**
Sociedad Latinoamericana de Nutrición
Florianópolis, Brasil
12 al 16 de noviembre de 2006
Tel: 55 16 3921 2906
Correo electrónico: slan@slanbrasil.org
Dirección de Internet: <http://www.slanbrasil.org>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat045/05o12014.htm>

 **8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública**
Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva e World Federation of Public Health Association
Río de Janeiro, Brasil
21 al 25 de agosto de 2006
Tel: 55 21 25982527
Correo electrónico: abrasco@ensp.fiocruz.br
Dirección de Internet: <http://www.saudecoletiva2006.com.br>
<http://www.siicsalud.com/dato/dat046/06118050.htm>

 **22nd Annual SIOP Conference**
Society for Industrial and Organizational Psychology
Nueva York, EE.UU.
27 al 29 de abril de 2007
Tel: 419 353 0032
Correo electrónico: siop@siop.org
<http://www.siicsalud.com/dato/dat042/05318001.htm>

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject". Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm.

Riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con insuficiencia renal



S(i)C, Vol. 13 Nº 6

Sr. Editor

He leído con atención el artículo de Hallvard Holdaas "Preventing Cardiovascular Outcome in Patients with Renal Impairment. Is there a role for lipidlowering therapy?" publicado en *Am J Cardiovasc Drugs* y comentado en vuestra prestigiosa *Salud(i)Ciencia* 2005; 13(6):62. En dicho artículo, el autor efectúa una

puesta al día respecto de la epidemiología y factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular en pacientes portadores de diversos grados de disfunción renal y centra la discusión en el papel del tratamiento hipolipemiente; el comentario en S(i)C señala y refuerza la controversia que existe al respecto.

Quiero mencionar que la insuficiencia renal, desde estadios muy iniciales, es en sí misma un factor de riesgo cardiovascular de primer orden. La mayoría de los pacientes portadores de insuficiencia renal nunca llegan a etapas avanzadas o terminales pues fallecen antes de perder una masa nefronal tal que haga necesario el tratamiento sustitutivo. De la misma manera, quienes son tratados con terapia renal de reemplazo fallecen, en la mayor parte de los casos, por causas cardiovasculares.

La enfermedad cardiovascular es responsable de más del 50% de las muertes en pacientes con enfermedad renal, en especial de aquellos que se hallan bajo tratamiento sustitutivo, ya sea con hemodiálisis o diálisis peritoneal, y se estima que en ellos, la morbimortalidad cardiovascular es alrededor de 30 veces superior a la de la población sin enfermedad renal.

Diversos cambios estructurales y funcionales a nivel circulatorio serían responsables de este fenómeno en los enfermos renales crónicos. Contribuyen a ella los factores de riesgo tradicionales, como la hipertensión arterial, el hábito de fumar, la dislipidemia y la edad avanzada; sin embargo, estos elementos no alcanzan a explicar la gravedad del daño vascular en la insuficiencia renal; por ello y junto a estos factores, se perfilan cada vez con mayor claridad otros que son, en gran medida, responsables de la particular magnitud de las alteraciones circulatorias que acompañan la IRC. Estos factores emergentes, que contribuyen a la disfunción endotelial, están representados por las alteraciones plaquetarias, la hiperhomocisteinemia, el estrés oxidativo y la presencia de inhibidores endógenos de la síntesis de óxido nítrico.

La aterosclerosis grave asociada a calcificaciones vasculares se considera hoy el núcleo central del problema.

Las calcificaciones vasculares son un componente universal de la enfermedad vascular de la IRC, se hallan presentes ya en pacientes en la etapa de prediálisis o en diálisis y pueden persistir o incluso progresar tras el trasplante. Afectan predominantemente a la célula del músculo liso vascular aunque también a la neointima y sus manifestaciones más graves son la trombosis de pequeños vasos. Esta arteriopatía determina una pérdida funcional grave en los territorios afectados y sus consecuencias pueden abarcar desde las calcificaciones extraesqueléticas hasta la calcifilaxia y la insuficiencia coronaria.

Las calcificaciones vasculares de la uremia se relacionan con las alteraciones del metabolismo fosfocálcico y por lo tanto están en estrecha conexión con la enfermedad ósea de la insuficiencia renal.

El incremento de los niveles circulantes de hormona paratiroidea es una causa importante de enfermedad ósea de

alto recambio y de las calcificaciones vasculares; éstas pueden persistir aun después de la paratiroidectomía exitosa. Los efectos del hiperparatiroidismo se ejercen principalmente a través del aumento del producto calcio por fósforo (Ca x P). La enfermedad ósea adinámica o de bajo recambio también se asocia con la presencia de calcificaciones extraesqueléticas y arteriopatía calcificada.

El depósito de calcio en la pared vascular está regulado por el Ca x P y el factor de riesgo principal para las calcificaciones vasculares es la hiperfosforemia, con un aumento significativo del riesgo de mortalidad con niveles plasmáticos de P superiores a 6.5 mg/dl. Es en el control de la hiperfosforemia donde deberían centrarse los esfuerzos para reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada a la insuficiencia renal.

Dr. Ricardo Heguilén
Médico Nefrólogo
rheguilen@gmail.com

Consideraciones acerca del riesgo de cáncer pulmonar y tabaquismo



S(i)C, Vol. 14 Nº 1

Sr. Editor

Aprovecho este medio para realizar un comentario acerca del artículo "Leve disminución del riesgo de cáncer pulmonar con menos de 7 cigarrillos diarios", publicado en la revista *Salud(i)Ciencia* vol. 14 nº1, 2005.

Como médico oncólogo deseo expresar que, a la fecha, lo concreto no es la disminución del número de cigarrillos diarios, sino que hay riesgos concurrentes de padecer cáncer de pulmón, incluso se demostró el aumento en el riesgo de contraer cáncer de riñón en individuos que viven en las grandes ciudades con marcada contaminación ambiental, lo que sumado al hábito de fumar produce un aumento del riesgo, fundamentalmente a nivel coronario, pulmonar (EPOC) y luego cáncer.

Es importante señalar que se comienzan a estudiar en la República Argentina grupos de poblaciones que habitan en regiones rurales alejadas de los centros urbanos, las cuales presentan mínima contaminación ambiental. Al respecto, los resultados previos muestran que para quienes habitan en zonas rurales los riesgos de padecer las enfermedades anteriormente mencionadas fueron aproximadamente un 50% menores que para las personas residentes en los centros urbanos.

Dr. Daniel Lewi
Médico Oncólogo
Hospital Juan A. Fernández
Bs. As. Argentina

Cartas al editor

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject" de su correo electrónico. Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm

1. Extension

Original articles

Submit your paper in two versions:

1. **Long version:** to be published in SIIC's website (www.siiic.salud.com) (ISSN 1667-9008). Long version manuscripts should not exceed 5,000 words.

2. **Short version:** to be published in the printed collections of SIIC - Journal *Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos*, *Temas Maestros*, etc). Short version manuscripts length is of 1,500 to 3,000 words.

If you prefer to write only one version, it must not exceed 3,000 words.

Reviews

Manuscripts should not exceed 5,000 words.

The length for both Original Articles and Reviews does NOT include the abstract, the key words, the tables and figures and the bibliography. Provide a word count at the beginning of the text.

2. Language and Style

The manuscript should be written in English. Manuscripts are then translated into Spanish by SIIC and edited **both** in Spanish and in English. Authors who are unsure of proper English usage should have their manuscripts checked by someone proficient in the English language. Manuscripts might be rejected on the basis of poor English or lack of conformity to accepted standards of style. (*)

3. Author/s

Include academic degree/s, first names and last names of author and co-authors (if any). Include the name and full location of the department and institution where you work.

Provide the name of the department/s and institution/s to which the research should be attributed. *Original Articles:* No more than six co-authors may be included. *Reviews:* No more than two co-authors may be included.

4. Covering Letter (*)

5. Abstract

Articles should be accompanied by an abstract written in English. The abstract should consist of one paragraph of about 200 words. Have in mind that the abstract is of particular value to editors and users of computer-based literature. Provide a word count for the abstract.

If your native language is other than English you may include an abstract written in your vernacular language.

6. Running title

Mention in no more than 10 words the main subject of your article.

7. Specialties

Mention the main specialty and other specialties related to your manuscript.

8. Essence

Provide, in no more than three lines, the essence or succinct conclusion of your article.

9. Key Words and Abbreviations

Provide up to 5 (five) key words under which the paper should be indexed. Key words should be written according to *Medical Subject Headings (MeSH)*. Avoid abbreviations in the title. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text unless it is a standard unit of measurement.

Alphabetical List of Abbreviations. Authors should provide an alphabetical list of the non-standard abbreviations used and the term they stand for.

10. References (*)

11. Statistics

Describe statistical methods with enough detail to enable the reader with access to the original data to verify the reported results. When data are presented in a table, the statistical methods used to evaluate the data should be clearly stated in a footnote for each method. Specify the computer software used.

12. Drugs

Identify drugs and natural and/or synthetic chemicals by their generic names. Avoid using commercial names or trade marks. Write down drug names according to *MeSH*.

13. Illustrations, Figures and Tables (*)

14. Multiple Choice Evaluation

Write down a multiple choice evaluation for readers, i.e. write a question and four answers. You should state which is the correct answer and add a brief founded explanation.

....

The guidelines continue at
www.siiic.info/inst-ingles.htm

These **Instructions** comply with the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" established by the Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org).

For further information or inquiries, please contact expertos@siiic.salud.com, or call to telephone number +54 11 4342-4901; Fax: +54 11 4331-3305

(*) Consult at www.siiic.info/inst-ingles.htm

1. Extensión

Artículos originales

Presente su artículo en dos versiones:

1) La primera versión será publicada en www.siiic.salud.com (ISSN 1667-9008). El límite de extensión del texto será de 5 000 palabras.

2) La segunda versión será editada en las colecciones impresas de SIIC: *Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos* o las que correspondan. La extensión de la segunda versión será de 1 500 a 3 000 palabras. Si opta por escribir una sola versión no deberá superar las 3 000 palabras.

Revisiones

El límite de extensión del texto en el caso de una revisión será de 5 000 palabras.

Tanto para los Artículos Originales como para las Revisiones, el resumen, las palabras clave, las tablas y las referencias bibliográficas no están incluidos dentro de los límites de extensión.

Incluya el número total de palabras que contiene su trabajo al comienzo del texto.

2. Idioma

El trabajo estará escrito en español o en portugués.

3. Autores

Incluya los datos completos del autor principal y su título académico, así como la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente. De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. *Límite de autores:* para los Artículos Originales se aceptarán hasta seis autores; para las Revisiones, hasta dos.

4. Carta de presentación (*)

5. Resumen

El artículo se acompañará con un resumen ("abstract") escrito en español o portugués de alrededor de 200 palabras. Tenga en cuenta que la longitud del resumen es de especial valor para los editores y usuarios de literatura virtual.

Traduzca el resumen y el título del trabajo al idioma inglés. Esto permitirá difundir su trabajo entre todos aquellos profesionales que no leen español ni portugués e ingresan diariamente a nuestro sitio. *Si no está seguro de su traducción hágala revisar por un experto en lengua inglesa.* SIIC cuenta con servicio de traducción, que se pone a disposición de aquellos autores que lo requieran.

6. Título abreviado para cabeza de página

Mencione el tema principal que aborda su artículo en no más de 10 palabras.

7. Especialidades

Mencione la especialidad principal y las especialidades relacionadas con su artículo.

8. Esencia

Redacte, en no más de tres líneas, una esencia o conclusión resumida de su trabajo.

9. Palabras clave y siglas

Incluya hasta cinco palabras clave de su trabajo, en español o portugués e inglés, para facilitar su posterior clasificación. Estas palabras clave deben presentarse de acuerdo con *Descritores de Ciências da Saúde (DeCS)* y *Medical Subject Headings (MeSH)*.

No se admiten siglas en el título y, en lo posible, deben evitarse en el resumen. En el texto se utilizará la menor cantidad de siglas posible. La definición completa de la sigla deberá anteponerse a su primer uso en el texto, con la excepción de las unidades de medida estándar. Si las siglas son poco usuales o novedosas deberá incluir una lista alfabética y su respectiva definición.

10. Citas bibliográficas (*)

11. Análisis estadístico

Al describir los análisis estadísticos efectuados, los autores deberán informar claramente cuáles métodos se usaron para evaluar datos específicos. Cuando los datos se presentan en forma de tabla, las pruebas estadísticas usadas para evaluar los datos deberán indicarse con una nota al pie para cada prueba usada. Especifique cuáles programas estadísticos usó.

12. Drogas

Identifique por su nombre genérico las drogas y compuestos químicos, naturales o sintéticos, utilizados. Evite la mención de marcas y nombres comerciales. Redacte esta terminología de acuerdo con *DeCS* y *MeSH*.

13. ...

Las instrucciones continúan en
www.siiic.info/inst-castellano.htm

Estas **Instrucciones** se ajustan a los "Requisitos Uniformes de los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas", establecidos por el Comité de Editores de Publicaciones Médicas (www.icmje.org).

Ante cualquier inquietud, comuníquese a expertos@siiic.salud.com o por teléfono al +54-11-4342-4901; Fax: +54-11-4331-3305

(*) Consultar en www.siiic.info/inst-castellano.htm

Medicina tradicional araucana

[De Los araucanos en el misterio de los Andes, de Aída Kurteff. Ed. Plus Ultra, Buenos Aires, 1991]



Los araucanos concedían gran importancia a los baños rituales, a los que denominaban muñetún. Estos fueron comentados por diferentes observadores. Así, por ejemplo, el francés A. M. Guinnard da a estos baños un sentido puramente higiénico y salúfero, al escribir: «Aunque las regiones habitadas por estos indios son muy frías, todos van a bañarse de mañana antes del alba, cualquiera sea la época, sin distinción de sexo ni edad. Esta costumbre, a la que por fuerza tuve que someterme, contribuye poderosamente, presumo, a resguardarlos de todas las enfermedades, y estoy convencido de que gracias a estos baños frecuentes me ha sido posible conservar la salud de que gozo todavía». Schoo Lastra menciona también esta costumbre, agregando que la india, al ser madre, se encamina enseguida a la laguna con el recién nacido en brazos, que resultará así sometido a una prueba de agua fría semejante a la de los bebés romanos. Pero esa práctica no tenía un carácter meramente higiénico, sino que era de índole puramente religiosa ya que significaba una especie de bautismo y acto purificador a la vez. El padre Housse, al referirse al año nuevo indígena, dice: «A medianoche, o a más tardar al alba, todo el mundo está de pie y se va a bañar a la orilla más cercana, porque tiene como artículo de fe que en esta hora matutina posee el agua virtud particular comunicada por el Gran Espíritu en favor de los mapuches diligentes...».

La curación del enfermo

«Los machi son definidos por Erize, en su Diccionario Mapuche-Español, como personas de ambos sexos que desempeñan el oficio de curanderos; su arte está basado en la creencia de que todas las enfermedades interiores son producidas por un mal influjo misterioso. La causa de la enfermedad se atribuye al genio del mal, huecuvu o hualicho. El concepto sobre el origen de las enfermedades y toda clase de males humanos sostenido por los machi no difería demasiado del que sustentaban en lejanos tiempos los egipcios, caldeos y semitas.

«En el machitún o ceremonia de curación, que correspondía al oficio de los machi, éstos ejercían toda su pericia, no sólo mágica sino también terapéutica, pues eran poseedores de un profundo saber sobre las virtudes curativas de la nutrida farmacopea naturalista. Prueba de ello es el lahuencachu, verdadero vademécum en el que figuran centenares de hierbas medicinales aptas para tratar cualquier tipo de enfermedad, desde la más sencilla a la más complicada.

«El momento propicio para la realización de la ceremonia es el nguvantu o crepúsculo, pero sus preparativos comienzan varias horas antes. Se procura ante todo que el cultún, tamboril infaltable en las ceremonias religiosas araucanas, esté en perfectas condiciones de sonoridad, es decir, que el parche se encuentre bien seco y las cuerdas que lo ajustan estén bien estiradas.

«También se preparan las ramas de voigue y las piedras milagrosas como el licán, la catancura o el pimuntuhue, poseedoras de extraordinarias fuerzas auxiliares que

favorecen la adivinación, además del challanco, la cristalina piedra que prevenía enfermedades. Tampoco podía faltar en estos preparativos el machacado de las hojas para la quitra, la pipa tallada para el sahumero que atraería a los espíritus benéficos y ahuyentaría a los malos y que, a la vez, serviría para provocar los éxtasis de la machi...» La machi arranca del cuerpo el mal. «Entre los espíritus maléficis más temidos por el araucano está el huecuvu, o 'el que obra desde afuera'. Esta palabra también significa maleficio, o el objeto empleado para ese fin. Puede adoptar distintas formas; por ejemplo, flechas invisibles, espinas o insectos, que al introducirse en el cuerpo ocasionan la enfermedad o la muerte. Se lo conjura para alejar sus maleficios en ciertos rituales que se practican durante el otoño.

«Según un relato de fray Félix José de Augusta, hay varias clases de huecuvu. Entre ellos es nombrado el demonio torbellino Meulen, a veces con el atributo de negro. La presencia de esas almas –sigue diciendo Augusta– es diagnosticada por la machi, que observa por ejemplo los movimientos, no se sabe si del enfermo o del alma, que son parecidos al andar de los pullomen o moscones azules. Según las mismas machi el mal es tirado, arrojado por alguna persona enemiga, o adquirido en un encuentro con el huecuvu, que envuelve a su víctima en un torbellino o le hace puente sobre el cual tiene que pasar, la lleva a su cueva subterránea, corre con ella, la aferra por el corazón o la cabeza. El mal se establece en los huesos, en el vientre o en cualquier otra parte del cuerpo. La machi lo hace venir, con su arte, a la superficie del cuerpo y de ahí lo extrae chupando y lo escupe sobre unas hojas, que luego se queman...».