

## **RESÚMENES DE UROLOGY, VOLUMEN 70, 2007**

**(Diciembre, 2007)**

**Traductor: Prof. Consultante de Urología Dr. Antonio Rivero Alvisa.**

NOTA DEL TRADUCTOR.- Se traducen los resúmenes de los principales trabajos según criterio del traductor y se hacen algunas anotaciones de datos entresacados del trabajo original que pueden ser útiles al lector.

### **1.- Laboratory and Clinical Development of Single Keyhole Umbilical Nephrectomy.**

**Autores: Jay D. Raman, Karim Bensalah, Aditya Bagrodia, Joshua M. Stern, and Jeffrey A. Cadeddu.**

**UROLOGY 70: 1039-1042, 2007**

**Solicitud de copia: Jeffrey A. Cadeddu, M. D., Department of Urology, University of Texas Southwestern Medical Center, 5313 Harry Hines Boulevard, J8.106, MC 9110, Dallas, TX 75390-9110.**

E-mail: [Jeffrey.cadeddu@utsouthwestern.edu](mailto:Jeffrey.cadeddu@utsouthwestern.edu)

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia inicial con una sola puerta de entrada en un modelo porcino y en humanos.

**Métodos;** Se realizaron 8 nefrectomías laparoscópicas, sin supervivencia, en 4 cerdas hembras de laboratorio. En 3 unidades renales se realizó la nefrectomía utilizando un trócar de 10 mm y 2 de 5 mm. Se usaron para la operación pinzas laparoscópicas articuladas, tijeras laparoscópicas convencionales, clips y un grapador. A 3 humanos se les practicó una nefrectomía laparoscópica por una única puerta de entrada con instrumentos similares. Las indicaciones para las nefrectomías fueron la infección crónica en riñones no funcionantes en dos pacientes y una masa de 4 a 5 cm en un riñón, en otro paciente.

**Resultados:** La nefrectomía a través de una sola puerta de entrada fue completada con éxito en los 8 riñones porcinos y en los 3 humanos. El tiempo promedio en las nefrectomías de los cerdos fue 49 minutos (20-85 min), con una pérdida de sangre de 20 ml como promedio (5-100 ml). El tamaño de la incisión fue de 3 a 5 cm. El tiempo promedio de las nefrectomías humanas fue de 133 minutos (90 a 160 min). La pérdida de sangre estimada fue de 30 ml y los riñones fueron extraídos por una incisión periumbilical de 2 a 4.5 cm. No hubo complicaciones operatorias y los 3 pacientes fueron dados de alta del hospital el segundo día.

**Conclusiones:** La nefrectomía umbilical como puerta de entrada, utilizando instrumentos laparoscópicos articulados que facilitan la maniobra es realizable. Nosotros demostramos la seguridad y el éxito, tanto en los modelos porcinos como en los 3 pacientes humanos. Se necesitarán estudios para valorar los beneficios de la cirugía por acceso único en comparación con la laparoscopia convencional.

### **Notas tomadas de los Métodos:**

Usan una pinza de agarre articulada. En los casos humanos usaron 3 trócares de 5 mm juntos, a nivel umbilical; en el caso de la nefrectomía derecha se utilizó un trócar adicional sub xifoideo, de 3 mm para facilitar la separación del hígado.

Muestran en foto una pinza articulada de agarre y un video laparoscopia flexible de punta guiable (Olympus).

## **2.- Shock Wave Lithotripsy Success for Renal Stones Based on Patient and Stone Computed Tomography Characteristics.**

**Autores:** Kyle J. Weld, Claudio Montiglio, Michael S. Morris, Anneke C. Bush, and R. Duane Cespedes.

**UROLOGY:** 70 1043-1047, 2007.

**Solicitud de copia:** Kyle J. Weld, M. D., Department of Urology/MCSU, Wilford Hall Medical Center, 2200 Bergquist Drive, Lackland AFB, TX 78236.

E-mail: [kyle.weld@lackland.af.mil](mailto:kyle.weld@lackland.af.mil)

**Objetivos:** Determinar las características de los pacientes y de la tomografía computarizada sin contraste (TCSC) los dos posibles resultados de la litotricia extracorpórea por onda de choque (LEOC): libre de cálculo (LC) o LEOC exitosa.

**Métodos:** Se revisaron los datos de 200 pacientes consecutivos con litiasis renal tratados por LEOC. Se estudiaron como factores potencialmente predictivos, la edad del paciente, el sexo, la lateralidad del cálculo, la superficie corporal, el índice de masa corporal, el tamaño máximo del cálculo, la densidad medida en unidades Hounsfield, la distancia piel-cálculo (DPC) y la localización intra renal de la piedra. Los pacientes sin calcificación alguna en los riñones, uréteres y vejiga a las 6 semanas fueron clasificados como LC. Si quedaban fragmentos menores de 4 mm o ninguno se calificó como LEOC exitosa.

**Resultados:** La localización intra renal del cálculo fue el único predictor del resultado LC, Los cálculos de la pelvis renal y de la unión ureteropélica se limpiaron mejor que los intracálculos, los cálculos de los cálices superiores y medios se limpiaron mejor que los de los cálices inferiores. El tamaño del cálculo, el promedio de densidad UH y la localización fueron predictores de la fragmentación por LEOC. Los cálculos más pequeños y con menores densidad promedio de UH fueron mejor fragmentados. Se obtuvieron mejores índices de de LEOC exitosa y LC con menores DPC entre los cálculos caliciales, cuando se excluyeron del análisis los cálculos piélicos y los de la unión pieloureteral.

**Conclusiones:** La localización del cálculo es el factor más importante en lograr el estado de LC después de la LEOC. Las características del cálculo por TCSC como el tamaño, la densidad en UH y la localización intrarenal son predictores importantes para lograr el estado de LEOC exitosa.

## **3.-Endoscopic Management of Obstructive Complications in Ureterosigmoidostomy.**

**Autores:** Michael L Eisengerg, Keith L. Lee, and Marshall L. Stoller.

**UROLOGY:** 70: 1048-1052, 2007

**Solicitud de copia:** Marshall L. Stoller, M. D., Department of Urology, University of California-San Francisco, School of Medicine, 400 Parnassus Avenue, University of California Clinics A 638, San Francisco, CA 94143-0738.

E-mail: [mstoller@urology.ucsf.edu](mailto:mstoller@urology.ucsf.edu)

**Objetivos:** Aunque hoy es raro el uso de la ureterosigmoidostomía como derivación urinaria, esta sigue siendo útil en los pacientes con extrofia vesical. Sin embargo el manejo de la estrechez ureteral y la litiasis ureteral se ha puesto a prueba por la pérdida de los límites anatómicos.

**Métodos:** Nosotros revisamos nuestros datos recogidos prospectivamente desde 1994 hasta el 2006 de todos los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por complicaciones obstructivas asociadas a la ureterosigmoidostomía.

**Resultados:** Nuestro análisis encontró tres pacientes (promedio de edad 46 años, 2 hombres y 1 mujer). Los 3 necesitaron de una ureterosigmoidostomía como parte del tratamiento de una extrofia vesical. Los 3 pacientes se presentaron con fallo renal obstructivo y necesitaron de manejo endoscópico anterógrado. Dos pacientes tuvieron estenosis de la anastomosis y uno tuvo una litiasis obstructiva. En un paciente que se diagnosticó una estrechez crónica se realizó una endoureterotomía. El otro paciente que tenía una obstrucción aguda después de una biopsia realizada por colonoscopia a nivel de la anastomosis, fue tratado por vía anterógrada por dilatación con balón. A ambos pacientes se les dejó una férula a través de la estenosis por 6 semanas. A pesar del reflujo de heces al sistema colector ninguno presentó síntomas locales ni sistémicos de infección. El paciente con una litiasis necesitó una extracción endoscópica anterógrada.

**Conclusiones:** Las complicaciones obstructivas de la ureterosigmoidostomía pueden ser manejadas por técnicas endoscópicas anterógradas.

#### **4.- Gum Chewing Stimulates Bowel Motility in Patients Undergoing Radical Cystectomy with Urinary Diversion.**

**Autores:** Erik J. Kouba, Eric M. Wallen, and Raj S. Pruthi.

**UROLOGY 70: 1053-1056, 2007.**

**Solicitud de copia:** Raj S. Pruthi, M. D., Division of Urological Surgery, The University of North Carolina at Chapel Hill, 2140 Bioinformatics Building, CB7235, Chapel Hill NC 27599.

**E-mail:** [rpruthi@med.unc.edu](mailto:rpruthi@med.unc.edu)

**Objetivos:** Varios estudios han demostrado que la goma de mascar puede estimular la motilidad intestinal después de la cirugía gastrointestinal. Dado que la derivación urinaria usa frecuentemente un segmento de intestino, es concebible que los pacientes que necesitan una cistectomía y derivación urinaria puedan beneficiarse con el uso de la goma de mascar. Este estudio ayuda a determinar si la goma de mascar, en el período post operatorio inmediato, ayuda a reaparecer la motilidad intestinal en los pacientes con cistectomía y derivación urinaria.

**Métodos:** Un total de 102 pacientes necesitaron una cistectomía radical con derivación urinaria por cáncer localizado a la vejiga. Cada paciente fue seguido por un plan de cuidados post operatorios de nuestra institución. La primer cohorte de pacientes a quienes se les realizó la cirugía entre julio/04 hasta agosto/05, sirvieron de comparación (grupo control), a quienes no se le administró goma de mascar. La segunda cohorte recibió la cirugía entre sept/05 hasta julio/06. A estos pacientes se les dio goma de mascar el primer día del post operatorio. Las medidas de los resultados incluyeron la expulsión de gases, el tiempo de inicio del movimiento intestinal, la estadía hospitalaria y las complicaciones.

**Resultados:** El tiempo de inicio en la expulsión de gases fue menor en los pacientes que recibieron goma de mascar, comparado con los controles (2.4 vs 2.9 días,  $p < 0.001$ ). También el tiempo de la primera defecación fue reducido en los que recibieron goma de mascar (3.2 vs 3.9 días,  $p < 0.001$ ). No hubo diferencias significativas en la estadía hospitalaria, entre los dos grupos (4.7 vs 5.1 días,  $p = 0.067$ ). La goma de mascar fue bien tolerada por todos los pacientes.

**Conclusiones:** La goma de mascar puede facilitar la recuperación de la función intestinal en los pacientes después de una cistectomía y derivación urinaria. Estos resultados coinciden con los publicados como resultados en la cirugía colo rectal, que recomiendan el uso de la goma de mascar como una forma barata y fácil para lograr la recuperación después de la cirugía.

#### **5.- Laparoscopic Living Donor Nephrectomy: A Single Center Sequential Experience Comparing Hand-Assisted Versus Standard Technique.**

**Autores:** Burak Kocak, Talia B. Baker, Alan J. Koffron, and Joseph L. Leventhal.  
**UROLOGY: 70: 1060-1063, 2007.**

**Solicitud de copia:** Burak Kocak, M. D., Department of Urology, Ondokuzmayis University, School of Medicine, Kurupeli, 55139 Samsun, Turkey.

**E-mail:** [burak\\_kocak@yahoo.com](mailto:burak_kocak@yahoo.com)

**Objetivos:** Analizar la experiencia de ocho años de nuestra institución (oct/97 a marzo/06) con la nefrectomía laparoscópica del donante (NLD) y la realizada con mano asistida (NLDMA), comparando los resultados en los donantes y en los receptores.

**Métodos:** Se compararon un total de 482 NLD con 318 NLDMA, en relación al sexo, edad, índice de masa corporal, estadía hospitalaria del donante, los niveles de creatinina y la incidencia y tipo de complicaciones de los donantes y los receptores. Todas la NLDMA se realizaron con aditamentos específicos para la mano asistida.

**Resultados:** El rango de edades fue similar en ambos grupos ( $41 \pm 10$  años vs  $39 \pm 10$  años;  $p =$  no significativo). El índice de masa corporal medio fue mayor para el grupo de NLDMA, comparado con el grupo de la NLD ( $29 \pm 5 \text{ kg/m}^2$  vs  $27 \pm 5 \text{ kg/m}^2$ ;  $p < 0.01$ ). La estadía hospitalaria fue mayor en el grupo de NLD ( $1.6 \pm 0.7$  días vs  $1.2 \pm 0.6$  días;  $p < 0.01$ ). La función del injerto y los niveles de creatinina del donante en la primera semana fueron similares ( $1.9 \pm 1.6 \text{ mg/dl}$  vs  $1.2 \pm 0.4 \text{ mg/dl}$ ,  $p =$  no significativa). Las complicaciones operatorias fueron 3.3% para la NLD y 3.2% para la NLDMA,  $p =$  no significativa. Las complicaciones post operatorias ocurrieron en el 3.3 % de las NLD y 4.7% en las NLDMA ( $p =$  no significativa). La necesidad de conversión a cirugía abierta fue de 1.9% para la NLD y 0.6% para la NLDMA ( $p < 0.01$ ).

**Conclusiones:** Tanto la NLD como la NLDMA son seguras y efectivas. La NLDMA no estuvo asociada con aumento de los riesgos de morbilidad incisional, el íleo paralítico o la demora en la función del injerto. El grupo de la NLDMA obtuvo una recuperación y falta de complicaciones similares al grupo de la NLD.

#### **6.- The Role of Partial Nephrectomy for the Management of Sporadic Renal Angiomyolipoma.**

**Autores:** Stephen A. Boorjian, Igor Frank. Brant Inman. Christine M. Lohse. John C. Cheville, Bradley C. Leibovich, and Maichel L. Blute.

**UROLOGY 70: 1064-1068, 2007.**

**Solicitud de copia:** Michael L. Blute, M. D., 200 First St. Southwest, Rochester, MN 55905.

**E-mail:** [blute.michael@mayo.edu](mailto:blute.michael@mayo.edu)

**Objetivos:** El angiomiolipoma es un tumor renal benigno que tiene la propiedad de crecer en el tiempo y puede causar complicaciones locales. Dados los caracteres de benignidad, los tratamientos conservadores del riñón son los preferidos. Nosotros evaluamos nuestra experiencia con la cirugía conservadora para el angiomiolipoma (AML).

**Métodos:** Revisamos los registros institucionales de las nefrectomías para identificar a los pacientes tratados por cirugía conservadora por AML renal, entre 1970 y 2004. Se excluyeron a los pacientes con diagnóstico de esclerosis tuberosa. Se recogieron las características demográficas, las complicaciones peri operatorias y las complicaciones post operatorias.

**Resultados:** Se encontraron 58 pacientes tratados con cirugía conservadora por AML esporádico: 44 mujeres y 14 hombres. El tamaño medio fue de 3.9 cm (0.8-12.5 cm). En 7 pacientes (12%) se resecaron varios AML en el mismo riñón en 2 pacientes se realizó cirugía conservadora renal por AML bilaterales. El total de complicaciones tempranas fue del 12%, que incluyeron a 3 pacientes (5%) con pérdida de orina. En un seguimiento promedio de 8 años (1-31 años), se comprobaron evidencias radiográficas de recurrencia local en 2 pacientes (3.4%). El nivel sérico de creatinina promedio en el preoperatorio fue de 1.0 mg/dl (0.5-3.9 mg/dl) y en el post operatorio tardío fue 1.1 mg/dl (0.6-3.6 mg/dl). Ningún paciente desarrolló insuficiencia renal crónica nueva, después de la cirugía conservadora, incluyendo a 4 pacientes tratados por AML en riñón único.

**Conclusiones:** La cirugía conservadora por AML esporádico ofrece la conservación de la función renal y está asociado con índices aceptables de complicaciones y de recurrencias locales. Los resultados de este estudio confirman a la cirugía conservadora para el tratamiento de estas lesiones.

#### **7.- The Safety and Efficacy of Different Doses of Bacillus Calmette Guérin in Superficial Bladder Transitional Cell Carcinoma.**

**Autores:** Madhu S. Agrawal, Moneet Agrawal, Sumit Bansal, Mayank Agarwal, Prashant Lavania, and Jitendra Goyal.

**UROLOGY 70: 1075-1078, 2007.**

**E-mail:** Madhu S. Agrawal, M. S., Department of Surgery, S. N. Medical College Agra, 4/18 C, Bagh Farzana Civil Lines, Agra 282002 (UP), India.

**E-mail:** [dr.madhu.agra@gmail.com](mailto:dr.madhu.agra@gmail.com) or [madhu\\_agra@sancarnet.in](mailto:madhu_agra@sancarnet.in)

**Objetivos:** Realizar un ensayo utilizando tres dosis diferentes de BCG, para determinar si las dosis más bajas pueden reducir la toxicidad sin comprometer la eficacia en el tratamiento del cáncer superficial de vejiga (CSV).

**Métodos:** Desde julio/2002 hasta junio/2005, se incluyeron a 152 pacientes con CSV en el ensayo. Los pacientes fueron elegidos al azar para recibir tres dosis diferentes de BCG: 40, 80 y 120 mg. No había diferencias significativas entre las características clínicas y patológicas entre los tres grupos. Veinticuatro pacientes no pudieron ser seguidos hasta el final del estudio por poca cooperación. Al final del estudio se pudieron evaluar 40 pacientes del grupo A (40 mg), 48 del grupo B (80 mg) y 40 del grupo C (120 mg).

**Resultados:** Después del tratamiento, los pacientes fueron evaluados con un seguimiento promedio de 36 meses (18-52 meses). No hubo diferencias significativas en los índices de recurrencia (20%, 25% y 20% respectivamente;  $p < 0.05$ ) y no se observó progresión de la enfermedad. Hubo diferencia significativa entre los grupos A, B y C en relación a la toxicidad local (30%, 41.7% y 70% respectivamente;  $p < 0.01$ ). La toxicidad sistémica fue más frecuente en el grupo C, comparado con los grupos A y B ( $p < 0.01$ ).

**Conclusiones:** La reducción de la dosis del BCG intravesical puede reducir la toxicidad asociada al tratamiento del CSV, sin afectar su eficacia.

#### **8.- Recurrence Free-Survival After Radical Cystectomy of Patients Downstaged by Transurethral Resection.**

**Autores:** Matthew E. Nielsen, Patrick J. Bastian, Ganesh S. Palaputtu, Bruce J. Trock, Mark P. Schoenberg, Teresa Chan, and Craig G. Rogers.

**UROLOGY 70. 1091-1095, 2007.**

**Solicitud de copia:** Matthew E. Nielsen, M. D., James Buckanam Brady Urological Institute, Johns Hopkins School of Medicine, 600 North Wolfe Street, Baltimore. MD21287-2101.

**E-mail:** [nielsen@jhmi.edu](mailto:nielsen@jhmi.edu)

**Objetivos:** El hallazgo de la invasión del detrusor por cáncer vesical en una resección transuretral (RTU) es una de las indicaciones más claras de la cistectomía radical. Como la extensión de la invasión del detrusor es, a los efectos prácticos, una variable binaria, la variedad de los resultados después de la cistectomía radical en estos pacientes, contradicen la simplicidad de este abordaje. En este contexto nosotros valoramos la supervivencia libre de recurrencia, entre los pacientes en quienes se encontró un carcinoma urotelial invasivo (CUI) en el estadiamiento por RTU y a quienes después no se encontró CUI en la cistectomía radical, lo que dio lugar a bajar el estadio.

**Métodos:** Se revisaron retrospectivamente las historias de 248 pacientes consecutivos a quienes se les practicó una cistectomía radical por carcinoma de células transicionales en una institución docente, desde 1994 hasta el 2002. De estos pacientes, 112 (45%) tenían un CUI por RTU y un evidente tumor vesical a la cistoscopia previa a la cistectomía radical.

**Resultados:** De los 112 pacientes, 25 (22.3%) fueron bajados en el estadio a enfermedad no invasiva (pT1 o menor) después de la cistectomía y 87 (77.7%) tenían una enfermedad invasiva (pT2 o mayor) después de la operación. La recurrencia ocurrió en 4 pacientes de los que descendieron en su estadio (16%), comparados con 29 pacientes (33%) que no descendieron en su estadio ( $p = 0.094$ ). El análisis de Kaplan-

Meier demostró una mejoría significativa estadísticamente en la supervivencia libre de recurrencia, en los pacientes bajados en su estadio (log-rank  $p=0.008$ ). Un análisis multivariado demostró una triple reducción en el riesgo de recurrencia en los tumores que descendieron en su estadio (Índice de riesgo 0.33, 95% IC 0.10 a 1.12), lo que resulta en una significación estadística ( $p=0.075$ ). El estado de los ganglios fue el predictor mayor de supervivencia libre de recurrencia.

**Conclusiones:** El descenso de estadio del CUI por RTU CV no invasivo en la cistectomía radical, puede estar asociado a una reducción del riesgo de recurrencia, aún después de ajustar las variables del estado de los ganglios y la quimioterapia adyuvante.

### **9.- Clinical Significance of Intravesical Protrusion in Patients with Benign Prostatic Enlargement.**

**Autores:** Zhang Keqin, Xu Zhishun, Zhang Jing, Wang Haixin, Zhang Dongqing, and Shi Benkang.

**UROLOGY 70: 1096-1099, 2007.**

**Solicitud de copia:** Shi Benkang, M. D., Ph. D., Quilu Hospital of Shandong University, Jinan 250012, China.

**E-mail:** [sbkang68@gmail.com](mailto:sbkang68@gmail.com)

**Objetivos:** Evaluamos un método no invasivo para predecir la obstrucción al vaciamiento vesical (OVV) y la función vesical en pacientes con hiperplasia prostática benigna (HPB), basado en la protrusión intravesical de la próstata (PIVP) y usando el ultrasonido transabdominal.

**Métodos:** Se revisaron las historias de 206 pacientes que acudieron, por primera vez, por HPB. Se dividieron en dos grupos basados en el grado de PIVP: el grupo de una PIVP significativa (mayor de 10 mm) y el grupo de una PIVP no significativa (10 mm o menos). Analizamos los datos clínicos y los hallazgos urodinámicos de los dos grupos para definir la significación clínica de la PIVP.

**Resultados:** En los datos clínicos, el aumento del volumen prostático, el nivel sérico del antígeno prostático específico, el volumen de orina residual (OR), la incidencia de retención aguda de orina (RAO) y la trabeculación vesical aparecieron más frecuentemente en el grupo de PIVP significativa ( $p<0.05$ ). Se encontró una correlación positiva entre la PIVP y el volumen prostático, así como con el volumen de OR (Sperman's  $\rho=0.41$  y  $0.342$  respectivamente). En los hallazgos urodinámicos se encontró un flujo urinario menor, una mayor incidencia de hiperactividad vesical y una menor adaptación vesical en el grupo de PIVP significativa ( $p<0.01$ ). Además, la presión máxima del detrusor y el índice de OVV fueron estadísticamente significativos ( $p<0.05$ ). El coeficiente de correlación (Sperman's  $\rho$ ) entre la PIVP y el flujo máximo, la presión máxima y el índice de OVV fue de  $-0.284$ ,  $0.252$  y  $0.456$  respectivamente.

**Conclusiones:** La PIVP es un predictor útil para evaluar OVV y la función del detrusor. La OVV y el daño de la función del detrusor son más severos en los pacientes con una PIVP significativa. Los pacientes con una PIVP significativa, especialmente aquellos que se presentan con una RAO, pueden beneficiarse con una intervención quirúrgica precoz.

**10.- Prevalence of High-Grade Prostatic Intraepithelial Neoplasia in Prostate Gland of Korean Men: Comparisons Between Radical Prostatectomy and Cystoprostatectomy.**

**Autores:** Kyung Seok Han, In Gab Jeong, Jea Joung, Seung Ok Yang, Jinsoo Chung, Ho Kyung Seo, Weon Seo Park, and Kang Hyun Lee.

**UROLOGY 70:** 1100-1103, 2007.

**Solicitud de copia:** Kang Hyun Lee, M. D., Ph. D., Urologic Oncology Clinic, National Cancer Center, 809 Madu-dong, Ilsan-dong-gu, Goyang-si, Gyeonggi-do 411-769, Republic of South Korea.

**E-mail:** [uroonco@ncc.re.kr](mailto:uroonco@ncc.re.kr)

**Objetivos:** Evaluar la presencia de la neoplasia intraepithelial prostática de alto grado (NIEPAG) y su asociación con el cáncer de próstata en los coreanos.

**Métodos:** Un total de 160 pacientes a quienes se les realizó prostatectomía radical por cáncer prostático se incluyeron como sujetos de estudio y 29 pacientes a quienes se les hizo una prostatectomía radical por un cáncer invasivo de vejiga, como controles. Cada glándula prostática fue cortada a intervalos de 3 mm perpendicularmente a su cara posterior. Se valoró la presencia y prevalencia del cáncer prostático y del NIEPAG, así como se evaluó su asociación.

**Resultados:** La NIEPAG estuvo presente en 81 (70.4%) de los 115 pacientes a quienes se les realizó prostatectomía radical y en 8 (27.6%) de las 29 cistoprostatectomías radicales. Se excluyeron del estudio a 45 pacientes de cáncer prostático que habían recibido terapia hormonal neoadyuvante. La diferencia fue estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ). Entre los pacientes operados de cistoprostatectomía, la NIEPAG estuvo presente en 5 de 15 que tenían también cáncer prostático (33.3%) y en 3 de 14 sin indicios de cáncer prostático (21.4%). La presencia de NIEPAG no tuvo relación con el nivel del antígeno prostático específico, el estadio de la enfermedad, el volumen del tumor, su grado histológico, la invasión linfática perivascular ni el estado de los márgenes quirúrgicos.

**Conclusiones:** La prevalencia de la NIEPAG en los coreanos con cáncer de próstata fue como la de los accidentales. Estudios previos y nuestros estudios han demostrado una prevalencia menor de NIEPAG en los asiáticos a quienes se les realiza una cistoprostatectomía. La prevalencia diferente de NIEPAG en cánceres prostáticos no sospechados, entre los asiáticos y los occidentales sugieren que hay factores que pudieran prevenir la progresión del cáncer prostático o características diferentes del cáncer prostático en la población asiática.

**11.- Detection Rate of Prostate Cancer According to Prostate-Specific Antigen and Digital Rectal Examination in Korean Men: A Nationwide Multicenter Study.**

**Autores:** Ho Kyung Seo, Moon Kee Chung, Soo Bang Ryu, Kang Hyun Lee, and the Korean Urological Oncologic Society Prostate Cancer Study Group.

**UROLOGY 70:** 1109-1112, 2007.

**Solicitud de copia:** Kang Hyun Lee, M. D., Ph. D., Urologic Oncology Clinic, National Cancer Center, 809 Madu 1-dong, Ilsandong-gu, Goyang-si, Gyeonggi-do 410-769, Republic of Korea.

**E-mail:** [uroonco@ncc.re.kr](mailto:uroonco@ncc.re.kr)



**Objetivos:** Evaluar el índice de detección del cáncer prostático en biopsias tomadas de acuerdo al nivel sérico del antígeno prostático específico (APE), el tacto rectal (TR) y la edad de los coreanos.

**Métodos:** Examinamos 4967 varones mayores de 40 años a quienes se les hizo biopsia prostática, en 25 hospitales, desde oct/04 hasta julio/06. Las biopsias se hicieron cuando el APE era mayor de 4.0 ng/ml o el TR era sospechoso.

**Resultados:** De los 4967 hombres examinados, 1621 (32.7%) fueron positivos de cáncer prostático. Interpretaciones posteriores revelaron que el 19.6% de los pacientes con APE entre 4.0 y 9.9 ng/ml fueron positivos de cáncer prostático, mientras que el 53.7% de los que tenían APE mayor de 10 ng/ml fueron positivos. Los pacientes con TR negativo y APE elevado fueron divididos en tres subgrupos: de 4.0 a 9.9ng/ml, de 10.0 a 19.9 ng/ml y más de 20 ng/ml. Los índices de detección de cáncer prostático fueron de 17.0%, 25.9% y 58.6% respectivamente. Además el cáncer fue detectado en el 33.4% de los pacientes con APE de 4.0 a 9.9 ng/ml con TR sospechoso. El índice de cáncer prostático detectado en las biopsias de pacientes con TR negativo, entre las edades de 40 a 49 años, 50 a 59 años, 60 a 69 años y más de 70 años, fue de 7.6%, 16.5%, 22.8% y 19.8% respectivamente.

**Conclusiones:** Los índices de detección de cáncer prostático en las biopsias fue menor que los encontrados en los hombres de raza blanca. Los datos parecen indicar que hay diferencias étnicas con la detección del cáncer prostático.

## **12.- Age-Specific Prostate-Specific Antigen Referente Ranges in Korean Men.**

**Autores:** Yooung Deuk Choi, Dae Ryong Kang, Chung Mo Nam, Young Sig Kim, Soung Yong Cho, Se Joong Kim, In Rae Cho, Jin Seon Cho, Sung Joon Hong, and Won Sik Ham.

**UROLOGY 70:1113-1116, 2007**

**Solicitud de copia:** Young Deuk Choi, M. D., Ph. D., Department of Urology, Yonsei University College of Medicine, 134 Shinchong-dong, Seodaemun.gu, Seoul 120-752, South Korea.

**E-mail:** [young174@yumc.yonsei.ac.kr](mailto:young174@yumc.yonsei.ac.kr)

**Objetivos:** Los niveles de antígeno prostático específico (APE) sérico varían ampliamente entre las distintas razas y se aumentan con la edad. En este estudio evaluamos la variación del APE sérico en un estudio de población multicéntrico para determinar un rango de referencia estándar y específico a la edad, para los hombres coreanos sin evidencia clínica de cáncer prostático.

**Métodos:** Analizamos retrospectivamente a 120,439 coreanos, con rangos de edad entre 30 y 79 años a quienes se les había dosificado el APE sérico en uno de los 8 hospitales de referencia, entre nov/98 y julio/05.

**Resultados:** Nuestros rangos de referencia específicos a la edad recomendados, (en un nivel porcentual de 95), de los niveles de APE sérico para los coreanos fueron 0.32 a 1.88 ng/ml para hombres de 30 a 39 años, 0.30 a 1.92 ng/ml para hombres de 40 a 49 años, 0.30 a 2.37 ng/ml para hombres de 50 a 59 años, 0.31 a 3.56 ng/ml para hombres de 60 a 69 años y 0.30 a 5.19 ng/ml para hombres de 70 a 79 años. El aumento anual

del nivel sérico del APE correspondió a 0.0023 ng/ml en los años 40, 0.0175 ng/ml en los años 50, 0.0499 ng/ml en los años 60 y 0.0398 ng/ml para los hombres de los 70, con un aumento brusco en los hombres de los 50 años y el mayor aumento en los hombres mayores de 60 años.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro estudio han demostrado que los rangos de referencia específica a la edad (con nivel porcentual de 95), para los niveles séricos del APE, en los coreanos es inferior a los de los hombres de raza blanca. Nuestros nuevos rangos propuestos como referencia específica a la edad, a partir de este estudio multicéntrico serán de más valor en la interpretación de los datos del APE para los coreanos.

### **13.- Characteristics of Prostate Cancer Detected by Digital Rectal Examination Only.**

**Autores:** Onisuru T. Okotie, Kimberly A. Roehi, Misop Han, Stacy Loeb, Sara N. Gashti, and William J. Catalona.

**UROLOGY 70:1117-1120, 2007.**

**Solicitud de copia:** William Catalona, M. D., Department of Urology, Northwestern University Feinberg School of Medicine, 675 North St. Clair Street, Suite 20-105, Chicago, IL 60611.

**E-mail:** [ucatalona@nmff.org](mailto:ucatalona@nmff.org)

**Objetivos:** Examinar los aspectos clínicos y patológicos y los resultados de supervivencia en los hombres con cáncer prostático (CP) detectado por tacto rectal (TR) solamente, el nivel del antígeno prostático específico (APE) solamente o por anomalías en ambos.

**Métodos:** Desde 1989 hasta el 2001, aproximadamente 36,000 hombres participaron en un estudio de pesquiasaje de CP. Nosotros recomendábamos la biopsia para los niveles de APE mayores de 4.0 ng/ml (antes de 1995) o mayores de 2.5 ng/ml (después de 1995) o para aquellos con TR sospechoso de CP. Los aspectos clínicos y patológicos se compararon entre los pacientes con CP detectados solamente por TR y aquellos detectados por elevación del APE a pesar de los hallazgos del TR. Evaluamos también la supervivencia libre de progreso de la enfermedad, la supervivencia global y la supervivencia específica por cáncer.

**Resultados:** En total a 303 hombres se les diagnosticó CP sólo por TR, a 1426 por el nivel de APE solamente y a 504 por anomalías en ambos estudios. De los CP detectados sólo por TR, 60 (20%) eran tumores no confinados al órgano y 56 (20%), tenían un Gleason de 7 o mayor. Los CP detectados por elevación del APE y TR sospechoso fueron significativamente más propensos a tener características patológicas adversas y también menores índices de supervivencia libre de progresión de la enfermedad y de supervivencia específica por cáncer, que aquellos a los que se les detectó por uno solo de esos estudios ( $p < 0.0001$ , en todas las comparaciones).

**Conclusiones:** Una proporción importante de CP detectados por TR y niveles de APE menores de 4 ng/ml tuvieron características clínicas asociadas con tumores agresivos. La omisión del TR en los protocolos de pesquiasaje puede comprometer los resultados del tratamiento porque muchos de los CP detectados por TR solamente, son

potencialmente curables, pero pueden tener peores resultados en el momento que alcanzan niveles elevados de APE.

**14.- Risk Factors for Prostate Cancer in Men Aged Less Than 60 Years: A Case-Control Study from Italy.**

**Autores:** Silvano Gallus, Roberto Foschi, Renato Talamini, Andrea Altieri, Eva Negri, Silvia Franceschi, Maurizio Montella, Luigino Dal Maso, Valerio Ramazzotti, and Carlo La Vecchia.

**UROLOGY 70: 1121-1126, 2007.**

**Solicitud de copia:** Silvano Gallus, Sc. D., Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Via La Masa 19, 20156 Milan, Italy.

**E-mail:** [gallus@marionegri.it](mailto:gallus@marionegri.it)

**Objetivos:** Analizar la relación entre los factores de riesgo seleccionados y el riesgo de cáncer de próstata (CP), en hombres menores de 60 años, usando los datos de un estudio de casos controles, grande y multicéntrico, realizado en Italia.

**Métodos:** Los casos fueron 219 pacientes, entre 45 y 59 años de edad, con un CP histológicamente confirmado y los controles fueron 431 hombres de las mismas edades ingresados en los hospitales por una enfermedad aguda no neoplásica.

**Resultados:** La historia familiar de un CP (Odds ratio (OR) = 5.5), cáncer encefálico (OR=3.7) y leucemia (OR=6.2), estuvieron asociados con el riesgo de CP. Se encontró un riesgo aumentado significativamente para el alto nivel educacional (OR=3.3 para 12 o más grados vs. los de menos de 7 grados de escolaridad) y una disminución del riesgo por la actividad física (OR=0.5 para el activo físicamente vs. el inactivo. El consumo de café estuvo directamente asociado con el riesgo de CP (OR=1.9 para la tercera posibilidad vs. la primera). El consumo de pan estuvo directamente relacionado (OR=1.6) y el consumo de vegetales crudos y en general de vegetales estuvieron inversamente relacionados con el riesgo de CP (OR=0.6), aunque estos índices estuvieron en los límites de la significación estadística. No hubo relación con el estado marital, el índice de masa corporal, la historia de diabetes, el consumo de alcohol y otros alimentos que se exploraron.

**Conclusiones.** Este estudio confirma que algunos factores de riesgo reconocidos, que incluyen los antecedentes familiares de CP, el alto nivel de educación y la pobre actividad física, están asociados con el riesgo de CP en el hombre de mediana edad.

**15.- Nerve-Sparing Surgery Significantly Affects Long-Term Continence After Radical Prostatectomy.**

**Autores:** Kalyana C. Nandipati, Rupesh Raina, Ashok Agarwal, and Craig D. Zippe.

**UROLOGY: 70: 1127-1130, 2007.**

**Solicitud de copia:** Craig D. Zippe, M. D., Glickman Urological Institute, Marymount Hospital, Cleveland Clinic Foundation, 1200 McCracken Road, Suite 451 Garfield Heights, OH 44125.

**E-mail:** [zippec@ccf.org](mailto:zippec@ccf.org)

**Objetivos:** En este estudio prospectivo a largo plazo, nosotros evaluamos los factores que afectan la continencia urinaria después de la prostatectomía radical.

**Métodos:** En este estudio incluimos 156 pacientes (edad media 64.1 ±6.7 años; seguimiento de 7.8±1.3 años y antígeno prostático específico (APE) en 9.57±8.81 ng/ml), quienes fueron operados de prostatectomía radical, entre 1995 y 1998. Los datos a largo plazo se obtuvieron en 152 pacientes y 4 se perdieron en el seguimiento. La incontinencia se evaluó por el número de almohadillas necesarias al día. Los datos del seguimiento se obtuvieron a los 3, 6, 12 y 24 meses y anualmente. El análisis multivariado incluyeron las siguientes variables: nivel pre operatorio del APE, la cirugía conservadora nerviosa (CCN) realizada (bilateralmente, unilateral o ninguna) y la edad en el momento de la operación (≤65 años o >de 65 años).

**Resultados:** Con un seguimiento medio de 7.8±1,3 años, el índice global de incontinencia fue de 17.7% (27 de 152). Los índices de incontinencia fueron significativamente superiores entre el grupo donde no se hizo CCN (18 de 61) si se compara con el grupo en que se hizo CCN bilateral (6 de 66; p<0.05). No hubo diferencia significativa entre los grupos en que se hizo CCN unilateral y en que no se hizo CCN en relación a los índices de incontinencia (p>0.05). Cuando estratificamos la CCN, el grupo en que se hizo cirugía bilateral tuvo una mejor continencia global, significativa estadísticamente. La asociación entre la edad y la incontinencia fue significativa, p <0.05 para pacientes de 65 años o menos (7 de 85) vs. los mayores de 65 años (20 de 67). La asociación entre los niveles pre operatorios del APE y la incontinencia no fue significativa, pero mostró una tendencia similar al APE (la media del APE en los incontinentes fue de 8.75 ng/ml y en el grupo de continentes fue de 5.9 ng/ml; p =0.0534).

**Conclusiones:** La prostatectomía radical con CCN mejora el tiempo para recobrar la continencia y los índices a largo plazo de la incontinencia urinaria.

## **16.- Saturation Prostate Leedle Biopsy and Prostate Cancer Detection at Inicial and Repeat Evaluation.**

**Autores:** Pietro Pepe and Francesco Aragona.

**UROLOGY 70: 1131-1135, 2007.**

**Solicitud de copia:** Pietro Pepe, M. D., Urology Unit, Cannizzaro Horspital, Via Messina 829, 95126, Catania, Italy.

**E-mail:** [piepepe@hotmail.com](mailto:piepepe@hotmail.com)

**Objetivos:** Evaluar la incidencia del cáncer de próstata (CP) en pacientes a quienes se les practicó una biopsia prostática por saturación (BPS), como biopsia primaria o como biopsia repetida.

**Métodos:** Evaluamos 189 pacientes (edad media 60.3 años) a quienes se les practicó una BPS (rango 24 a 37 muestras, media 29). En 98 hombres la BPS se realizó como primera biopsia, en 75 como segundo proceder y en 16 como tercera biopsia. Las indicaciones para la biopsia fueron: tacto rectal (TR) sospechoso, antígeno prostático específico total (APeT) mayor de 10 ng/ml, el APeT de 4 a 10, de 2.6 a 3.9 o 2.5 ng/ml o menor con un % de APE libre (%APEI) de 25% o menos, 20% o menos y 15% o menos, respectivamente. La detección del CP usando la BPS como biopsia inicial se comparó respectivamente con las encontradas en 256 y 116 pacientes, a quienes se les tomó 12 y 18 muestras respectivamente, de acuerdo al mismo protocolo de indicación. Los resultados obtenidos en 75 pacientes a quienes se les realizó BPS se compararon

con los encontrados en 73 hombres a quienes se les tomó 18 muestras como segunda biopsia.

**Resultados:** El índice de detección de CP con BPS como primera biopsia fue 49.6%, mayor que la biopsia de 12 muestras (39.8%, $p=0.3$ ), pero inferior a la biopsia de 18 muestras (49%;  $p=0.6$ ). En los casos de 2da. Y 3ra. biopsias, la incidencia de CP cuando se hizo BPS, comparada con los casos de 18 muestras fue 22% vs. 10.9% ( $p=0.003$ ) y 6.2% VS. 0%, respectivamente. La incidencia de microfocos de neoplasia fue de 34.7% en la primera y 45.5% en la segunda biopsia. En todos los pacientes a quienes se les hizo una prostatectomía radical con diagnóstico por biopsia de microfoco neoplásico, el pTNM demostró un cáncer clínicamente significativo (volumen del tumor mayor de 0.5 ml o Gleason de 6 a mayor).

**Conclusiones:** Como biopsia primaria, la BPS no aumenta el índice de detección comparado con el método de 18 muestras; en el caso de las biopsias repetidas, la BPS es un método que se recomienda pues dobla el índice de detección del CP cuando se compara con la biopsia de 12 y de 18 muestras.

Notas tomadas de Material y Métodos:

La BPS fue tomada con un mínimo de 24 muestras y un máximo de 37, promedio de 29, en la zona periférica de la glándula. En los casos de biopsias repetidas añadieron de 2 a 4 muestras de la zona de transición.

Se utilizó una aguja tru-cut 18G, por vía transperineal, con guía ultrasónica transrectal, bajo sedación y con antibioticoterapia profiláctica.

Las complicaciones, mostradas en Tablas fueron: hematuria, retención de orina, hemospermia, orquiepididimitis, síndrome vagal y prostatitis séptica. Hubo mayor incidencia de retención de orina (11.6%) y hemospermia (13.2%) en la BPS comparada con los métodos de 12 y 18 muestras. Recomiendan el uso de alfa bloqueadores como profilácticos de la retención de orina por varios días después del proceder.

### **17.- Targeted Biopsy of the Prostate: The Impact of Color Doppler Imaging and Elastography on Prostate Cancer Detection and Gleason Score.**

**Autores:** Eric D. Nelson, Craig B. Slotoroff, Leonard G. Gomelia, and Ethan J. Halpern.

**UROLOGY 70: 1136-1140, 2007.**

**Solicitud de copia:** Eric D. Nelson, M. D., Department of Urology, Thomas Jefferson University, 1025 Walnut Street, 1112 College Building, Philadelphia, PA 19107.

**E-mail:** [eric.nelson@mail.tju.edu](mailto:eric.nelson@mail.tju.edu)

**Objetivos:** Comparar la detección del cáncer prostático (CP) y la distribución de las muestras en la escala de Gleason, con la imagen de gris, el Doppler de color y la imagen elastográfica.

**Métodos:** Se evaluaron las biopsias de próstata realizadas con escala de grises, Doppler a color y elastografía. Se tomaron biopsias dirigidas, además de 6 muestras sextantes de forma sistemática, lateralmente. Los resultados patológicos fueron correlacionados con los hallazgos imagenológicos.

**Resultados:** El CP fue detectado en 60 de 137 pacientes (43,8%). El cáncer fue detectado en 241 (14%) de 1703 muestras, incluyendo 90 (20%) de 448 dirigidas, 106

(13%) muestras sextantes y 45 (10%) de 437 muestras de la zona de transición. Las anomalías sonográficas estuvieron asociadas con cáncer: en la escala de grises, odds ratio (OR)=3.19, p=0.04; Doppler a color OR=1.86, p=0.041; elastografía OR=2.53; p=0.007. Aunque las muestras dirigidas fueron mejores que las sextantes para detectar el CP (OR=1.82, p=0.004), no se encontraron anomalías sonográficas en 57 (53.8%) de 106 sitios sextantes que resultaron positivos. Se encontró una tendencia lineal ascendente en la escala de Gleason con la imagen de escala de grises (p<0.001), con el Doppler a color (p<0.005) y con la elastografía (p<0.001). El flujo anormal de color estuvo fuertemente asociado con la escala de Gleason de 8 a 10 y no con los grados menores. La elastografía demostró una asociación positiva con la escala de Gleason de 5 a 10.

**Conclusiones:** Las biopsias dirigidas basadas en la escala de grises, el Doppler a color y la imagen elastográfica resultan más positivas cuando se comparan con las muestras tomadas de forma sistemática. Aunque el Doppler a color y la elastografía son ayudas recomendables para mejorar la detección del CP, la biopsia dirigida solamente no es suficiente para reemplazar la técnica tradicional de sextantes.

#### **Notas tomadas de Material y Métodos:**

A cada paciente se le examinó en posición de litotomía. Se hizo tacto rectal previo a la biopsia. Se realizó ultrasonido transrectal iniciando con la escala de grises, detectando las zonas anormales en especial las hipoeoicas. Después se realizó el estudio con Doppler a color para detectar áreas de mayor flujo sanguíneo y al final se hizo elastografía en tiempo real para detectar áreas con elasticidad disminuida, para lo cual el operador deberá aplicar con fuerza el transductor contra la zona de la próstata a investigar.

#### **18.- Prostate Cancer Laterality Does Not Predict Prostate-Specific-Antigen Recurrence After Radical Prostatectomy.**

**Autores:** Vladimir Mouraviev, Leon Sun, John F. Madden, Janice M. Mayes, Judd W. Moul, and Thomas J. Polascik.

**UROLOGY:** 70: 1141-1145, 2007

**Solicitud de copia:** Thomas J. Polascik, M. D., Division of Urology, Duke University Medical Center, Box 2804, Yellow Zone, Durham NC 27710.

**E-mail:** [polas001@mc.duke.edu](mailto:polas001@mc.duke.edu)

**Objetivos:** Evaluar el comportamiento biológico de los cánceres unilaterales comparados con los bilaterales, en la recurrencia del antígeno prostático específico (APE), después de la prostatectomía radical (PR).

**Métodos:** El análisis incluyó los parámetros demográficos, clínicos y patológicos de 1184 hombres operados de PR por CP localizado, en nuestra institución, entre 2002 y 2006. Se realizó una valoración patológica final, con atención especial a la lateralidad y el porcentaje del ocupamiento tumoral, además de otros parámetros de rutina. En base al ocupamiento tumoral, todos los focos de cáncer fueron agrupados en el 5% o menos, 5.01% al 10%, 10.1% al 15% o mayor del 15%. Se realizaron análisis estadísticos con métodos univariados y multivariados.

**Resultados:** Globalmente, el 19.2% de los 1184 pacientes tenían cánceres completamente unilaterales. La recurrencia del APE se presentó en 164 de los 1184 pacientes (13.9%) con un seguimiento medio de  $27 \pm 2.4$  años. Dentro de los pacientes que tuvieron recurrencia, 26 de 227 (11.5%) tenían tumores unilaterales y 138 de 957 (14.4%) tenían tumores en ambos lóbulos ( $p=0.25$ ). Las características frecuentes asociadas con la recurrencia del APE en los tumores unilaterales en el modelo de análisis Cox, fueron el nivel del APE al diagnóstico, el peso de la próstata y la escala de Gleason ( $p<0.05$ ).

**Conclusiones:** El CP unilateral o bilateral no predice la recurrencia del APE en los pacientes operados de PR. Por lo contrario, el nivel del APE al diagnóstico y la escala de Gleason, predicen con gran fuerza la recurrencia del APE.

Nota del traductor:

La palabra años subrayada aparece así (años) en el texto, tanto en el Resumen como en Material y Métodos, pero al ver las gráficas y al analizar que el estudio está hecho con operados del 2002 al 2006, debe ser un error y debe tratarse de meses.

19.- **A Single-Institution Comparison Between Radical Perineal and Radical Retropubic Prostatectomy on Perioperative and Pathological Outcomes for Obese Men: An Analysis of the Duke Prostate Center Database.** Autores: Nicholas J. Fitzsimons, Leon L. Sun, Phillip Dahm, Judd W. Moul, John Madden, Tong J. Gan, and Stephan J. Freedland.

**UROLOGY 70: 1146-1151, 2007.**

**Solicitud de copia: Niholas J. Fitzsmoms, Leon L. Sun, Phillip Dam, Jodd W. Moul, John Madden, Tong J. Gan, and Stephen J. Freddland**

**E-mail: [nicholas.fitzsimons@duke.edu](mailto:nicholas.fitzsimons@duke.edu)**

**Objetivos:** Examinar la asociación entre el índice de masa corporal (IMC), el tiempo operatorio, la pérdida de sangre estimada (PSE) y las características patológicas adversas, en los pacientes a quienes se les practicó una prostatectomía radical perineal (PRP) o una prostatectomía radical retropúbica (PRRP).

**Métodos:** Conformamos un análisis retrospectivo de 1006 pacientes tratados por PRP o PRRP en nuestra institución, desde 1988 hasta el 2005. Se comparó el tiempo operatorio y la PSE entre los distintos grupos de IMC para ambos tratamientos de PRP y PRRP. Se estimó el odds-ratio para márgenes prostáticos de acuerdo a los IMC, usando un análisis logístico regresivo, después de ajustar las características patológicas y preoperatorios de los casos.

**Resultados:** El aumento de IMC estuvo asociado significativamente con el aumento del tiempo operatorio y de la PSE, para los tratados, tanto por PRP como por PRRP (todos  $p \leq 0.003$ ), teniendo en cuenta que todas las asociaciones fueron débiles (todos los Spearman  $r \leq 0.19$ ). Después de ajustar múltiples características patológicas el IMC mayor estuvo asociado con los márgenes quirúrgicos positivos entre todos los pacientes ( $p$  con tendencia  $< 0.001$ ). La asociación entre la obesidad y las márgenes quirúrgicas se mantuvo aún después de ajustar las características patológicas ( $p$  con tendencia = 0.001), con patrones similares entre la PRP ( $p$  con tendencia = 0.03) y la PRRP ( $p$  con tendencia = 0.001).

**Conclusiones:** Para los hombres discretamente obesos, La PRP y la PRRP están asociadas con un riesgo similar de mayor PSE, mayor tiempo operatorio y márgenes quirúrgicos positivos. Estos datos no dan una evidencia que sugiera que la PRP deba ser preferida a la PRRP para los discretamente obesos. Serán necesario estudios futuros con hombres de mayor IMC.

**20.- Inguinal Hernia After Radical Perineal Prostatectomy: Comparison with the Retropubic Approach.**

**Autores:** Akio Matsubara, Tatsaki Yoneda, Takahisa Nakamoto, Satoshi Maruyama, Syuntaro Koda, Keeisuke Goto, Jun Teishima, Hiroaki Shilna, Mikio Igawa, and Tsuguru Usui.

**UROLOGY 70: 1152-1156, 2007.**

**Solicitud de copia:** A. Matsubara, M. D., Ph. D., Department of Urology, Graduate School of Biomedical Sciences. Hiroshima University, 1-2-3 Kasumi, Minami-ku, Hiroshima 734-8551, Japan.

**E-mail:** [matsua@hiroshima-u.ac.jp](mailto:matsua@hiroshima-u.ac.jp)

**Objetivos:** Aclarar las características de la hernia inguinal (HI) que aparece después de la prostatectomía radical perineal (PRP), comparada con la que aparece después de la prostatectomía radical retropúbica (PRRP)

**Métodos:** Revisamos, retrospectivamente, a 285 y 311 hombres que fueron sometidos a PRP y PRRP respectivamente por cáncer prostático localizado, entre agosto del 2000 y junio del 2006, utilizando las historias clínicas y entrevistas telefónicas.

**Resultados:** La incidencia de la HI después de la PRP fue 1.8% (5 de 285), con un seguimiento medio de 43 meses, mientras que después de la PRRP fue de 10.3% (32 de 311) con un seguimiento medio de 36 meses ( $p < 0.001$ , logrank test). Tres de cada cinco pacientes de PRP desarrollaron una HI, después de más de 24 meses de operados, mientras que 25 de 32 (78%) del grupo de las PRRP lo hicieron dentro de los 24 meses ( $p = 0.0742$ ). La incidencia del índice de HI post PRP no difiere del estándar (4 de 194 = 2.1%) y con procedimientos modificados (1 de 91 = 1.1%), donde la fascia endopélvica no se abre y en la que sí se abre respectivamente ( $p = 0.5638$ ).

**Conclusiones:** La incidencia de la HI después de la PRP es esporádica y cerca de la misma reportada (2.0-2.4%) previamente en hombres con cáncer de próstata no tratados quirúrgicamente. Aunque algunos procedimientos realizados durante la PRRP se han señalado como posibles daños del anillo inguinal interno, la prostatectomía con o sin apertura de la fascia endopélvica, parece estar menos implicada en el desarrollo de la HI después de la PRRP, porque no hubo ninguna variable significativa en el desarrollo de una HI después de las diferentes técnicas que han sido utilizadas en la PRP.

**21.- Transperineal Ultrasound-Guided Saturation Biopsies Using 11-Region Template of Prostate: Report of 303 Cases.**

**Autores:** Hanzhong Li, Weigang Yan, Yi Zhou, Zhigang Ji, and Jie Chen.

**UROLOGY: 70: 1157-1161, 2001.**

**Solicitud de copia:** Weigang Yan, M. D., Department of Urology, Peking Union Medical College, Beijing 100730, China.

**E-mail:** [ywgemailbox@sina.com](mailto:ywgemailbox@sina.com)



**Objetivos:** Valorar el índice de detección de cáncer prostático (CP) y la seguridad de la biopsia por saturación, transperineal, ecodirigida (BPS) usando una plantilla de 11 regiones de la glándula, en una población china, en pesquisaje.

**Métodos:** En este estudio se enrolaron prospectivamente un total de 303 pacientes (edad media, 69.7 años) a quienes se les practicó BPS transperineal, ecodirigida, con plantilla de 11 regiones de la glándula. Los criterios de inclusión fueron un antígeno prostático específico (APE) de 4ng/ml o mayor, hallazgos sospechosos en el tacto rectal (TR) o hallazgos anormales en la ecografía, la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética. El nivel medio de APE fue de 13.7 ng/ml (0.2 a 100) y el volumen prostático medio fue de 47.0 ml (7 a 190).

**Resultados:** Se obtuvieron 23,7 muestras como promedio (11 a 44 muestras), con un índice global de detección de CP de 37.6% (114 de 303). El índice de detección de CP en los grupos con un APE de 0 a 4, 4.1 a 10, 10.1 a 20, 20.1 a 30, 30.1 a 70 y mayores de 70 ng/ml fue de 22% (4 de 18), 8.2% (6 de 73), 21.6% (22 de 102), 48.4% (15 de 31), 68.4% (26 de 38) y 100% (41 de 41), respectivamente. Ninguna complicación ocurrió durante el proceder.

**Conclusiones:** La BPS transperineal, ecodirigida es segura y realizable. Además la aplicación de una plantilla de 11 regiones de la glándula es recomendable en la detección del CP.

#### **Notas tomadas de Material y Métodos:**

Para realizar las biopsia utilizan un transductor ultrasónico biplano, transrectal con una plantilla de braquiterapia estándar de 0.5 cm, colocada en el periné con el paciente en posición de litotomía, con anestesia general o local. Las biopsias se obtuvieron con una pistola automática con una aguja de biopsia calibre 18 a través de la plantilla de braquiterapia. En esquema muestran las 11 zonas de donde tomar biopsias. Se utilizó profilaxis antibiótica oral y por tres días post biopsia. No se hizo preparación del intestino previa.

#### **22.- Prostate Cancer in the Baby Boomer Generation: Results from CaPSURE.**

**Autores:** Charles D. Scales, Judd W. Moul, Lesley H. Curtis, Eric P. Elkin, M. E. Hughes, Peter R. Carroll, and the CaPSURE investigators.

**UROLOGY 70: 1162-1167, 2007.**

**Solicitud de copia:** Judd W. Moul, M. D., F.A. C. S., 3707 Duke University Medical Center, Durham, NC 27710.

**E-mail:** [judd.moul@duke.edu](mailto:judd.moul@duke.edu)

**Objetivos:** Los “Baby Boomers” (nacidos entre 1946 y 1964), se piensa que ocupan un lugar de mayor calidad de vida y han tenido una posibilidad mayor de recibir cuidados de salud, comparados con las generaciones previas. Nosotros intentamos caracterizar la presentación del cáncer prostático (CP) en este grupo y determinar si los patrones de tratamiento difieren entre los “Baby Boomers” y las generaciones que los preceden.

**Métodos:** Definimos dos cohortes de nacimiento: hombres nacidos de 1927 a 1945 (pre Boomers) y “Baby Boomers”. Nuestro grupo de estudio incluyó hombres menores de 65 años, diagnosticados de CP entre 1999 y 2003 (“Baby Boomers”, n=812; pre Boomers, n=843). Comparamos los dos grupos en su presentación clínica, características social-demográficas y el tratamiento de inicio, controlando los efectos de la edad. El punto principal fue la selección del tratamiento inicial por prostatectomía radical (PR).

**Resultados:** La mayoría de los “Baby Boomers” fueron diagnosticados con estadio T1 de la enfermedad (466, 61%). El Gleason estuvo por debajo de 7 (572, 73%) y el antígeno prostático específico (APE) de 4.1 a 10 ng/ml (509, 66%). Esta presentación no fue clínicamente diferente con los pre Boomers. Los “Baby Boomers” tuvieron un estatus económico superior que los pre Boomers. En un análisis multivariado los “Baby Boomers” resultaron más tratados de inicio por PR (odds-ratio (OR) 1.63, 95% IC 1.13 a 2.35). Cuando se tienen en cuenta los efectos de la edad, no hay diferencia significativa en el tratamiento escogido (OR 0.86, 95% IC 0.40 a 1.87), ni en las características socio-demográficas en estos grupos.

**Conclusiones:** Las diferencias entre la presentación y el tratamiento entre los “Baby Boomers” y los pre Boomers pueden estar relacionadas con la edad al momento del diagnóstico, más que al comportamiento por el momento de su nacimiento. Como en los “Baby Boomers” se diagnosticaron más CP, es necesario realizar investigaciones futuras para poder precisar el impacto de esta generación en el cuidado del CP.

#### **Notas tomadas de la Introducción:**

“La generación Baby Boom, nacida entre 1946 y 1964 (época post segunda guerra mundial), es ampliamente vista como distinta de las generaciones precedentes. Aunque esas supuestas diferencias son algunas veces exageradas, los Baby Boomers son distintos de las generaciones nacidas antes en algunos aspectos. Por ejemplo: son en promedio, mejor educados, tienen mayores ingresos y son más saludables que sus predecesores”

“Hay evidencias empíricas de que los Baby Boomers pueden consumir más servicios de salud que las generaciones precedentes”

Nota: lo subrayado entre paréntesis es del traductor.

#### **23,- Oncologic Efficacy of Laparoscopic RPLND in Treatment of Clinical Stage I Nonseminomatous Germ Cell Testicular Cancer.**

**Autores:** Matthew E. Nielsen, Guilherme Lima, Edward M. Schaeffer, James Porter, Jeffrey A. Cadeddu, Ingolf Tuerk, and Louis R. Kavoussi.

**UROLOGY 70: 1168-1172, 2007.**

**Solicitud de copia:** Matthew E. Nielsen, M. D., James Buchanan Brady Urological Institute, Johns Hopkins Medical Institutions, Marburg 143, 600 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21287-2101.

**E-mail:** [Nielsen@jhmi.edu](mailto:Nielsen@jhmi.edu)

**Objetivos:** Valorar la eficacia oncológica de la disección retroperitoneal laparoscópica de los ganglios linfáticos (DRPLGL) para el estadio I de los tumores de células germinales, no seminomatosos (TCGNS), en una gran serie multi institucional. La

DGPLGL está emergiendo como un tratamiento quirúrgico adyuvante, menos invasivo para pacientes con cáncer testicular.

**Métodos:** Se analizaron las historias de 120 pacientes con TCGNS en estadio I, a quienes se les realizó, en una de cuatro instituciones de Estados Unidos, una DRPLGL. Todos los pacientes tuvieron un seguimiento post operatorio, al menos de 12 meses. En todos los centros se realizó la disección modificada según técnica normada (ver bibliografía). Para realizar el análisis, los pacientes fueron divididos en dos grupos: aquellos en que coincidía en el estadio clínico y patológico como estadio I (n=64, 62%) y los otros en que el estadio patológico resultó estadio II (n=46, 38%). Ningún paciente bajo control, después de la DRPLGL (n=10), presentó recurrencia retroperitoneal, incluyendo los que resultaron de estadio patológico II. Dos pacientes, con concordancia de estadio patológico I, desarrollaron recurrencia pélvica, fuera del área de disección normada. El tiempo medio de seguimiento para los pacientes en estadio I patológico fue de 28.5 meses (12 a 144 meses) y para el estadio II patológico fue de 29 meses (12- 108 meses).

**Conclusiones:** En este grupo de pacientes con TCGNS en estadio clínico I, el manejo en múltiples instituciones incluyendo la DRPLGL produjo excelentes resultados inmediatos, paralelos a los obtenidos históricamente, en la disección ganglionar abierta.

**Bibliografía:** Donohue J. P., Thornhill J. A., Foster R. S., et al: “Retroperitoneal lymphadenectomy for clinical stage A testis cancer (1965 to 1989): modification of technic and impact on ejaculation”. J Urol 149: 237-243, 1993.

#### 24.- Histological Evaluation of the Testicular Remnant Associated with the Vanishing Testes Syndrome: Is Surgical Management Necessary?

**Autores:** Douglas Storm, Timothy Redden, Maria Aguiar, Myra Wilkerson, Gerald Jordan, and Joel Sumfest.

**UROLOGY 70: 1204-1206, 2007.**

**Solicitud de copia:** Douglas W. Storm, M. D., Department of Urology, Geisinger Medical Center, 100 North Academy Avenue, Danville, PA 17822.

**E-mail:** [dwstorm@geisinger.edu](mailto:dwstorm@geisinger.edu)

**Objetivos:** Existe controversia entre el mayor manejo de los remanentes testiculares asociado con el síndrome de testículo desaparecido. Algunos urólogos defienden la necesidad de la exploración quirúrgica, mientras otros la creen innecesaria. Estas diferentes opiniones están basadas en los diferentes reportes cambiantes de hallazgos de elementos celulares germinales en los restos testiculares. Para estudiar mejor la patología asociada con este síndrome y la necesidad de su manejo quirúrgico, revisamos nuestra experiencia, considerando la existencia de elementos germinales viables, dentro de los remanentes testiculares.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo aprobado por el Comité de Revisión Institucional, de todos los pacientes que, de forma consecutiva, fueron explorados quirúrgicamente por un testículo no palpable, en el Eastern Virginia Medical School y el Geisinger Medical Center entre 1994 y el 2006. Los pacientes a quienes se les encontró vasos espermáticos y conductos deferentes, con un anillo inguinal interno cerrado, se incluyeron en este análisis.

**Resultados:** A 56 pacientes se les extirpó restos testiculares. La edad de los pacientes fluctuó de 11 a 216 meses. En 8 de las muestras ( 14%) se identificaron elementos celulares germinales viables. En otros 4 pacientes ( 7%) identificamos túbulos seminíferos sin elementos celulares germinales.

**Conclusiones:** En nuestra revisión identificamos un número importante de restos testiculares asociados al síndrome de testículo desaparecido que pueden albergar elementos celulares germinales viables o túbulos seminíferos. El destino exacto de estos elementos residuales permanece desconocido; sin embargo puede existir la potencial transformación maligna, creemos que estos remanentes deben ser extirpados.