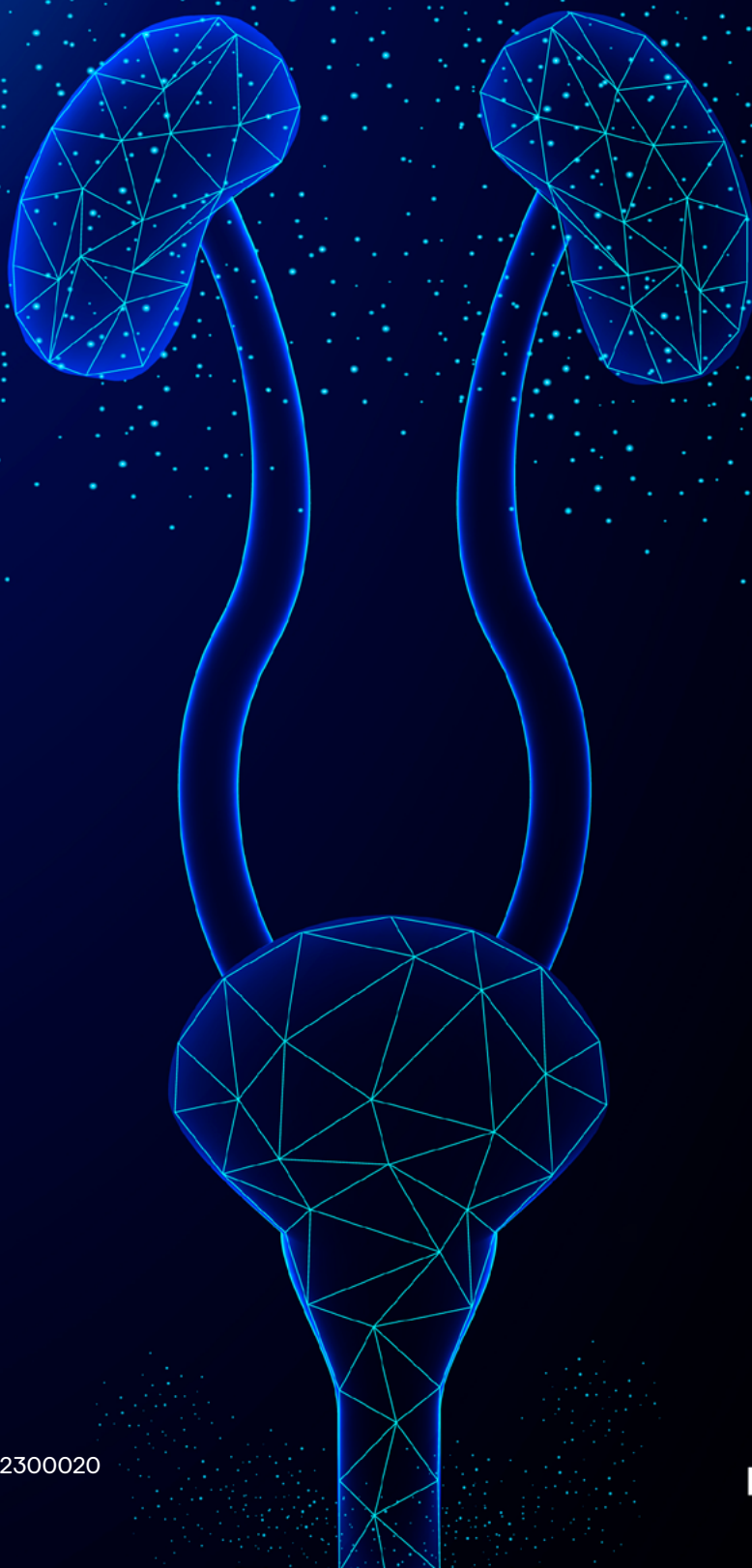


UROAULA

Nº4

Formación Médica Continuada



Código material: ES--05-23-2300020



Pierre Fabre

UROAULA

Nº4

Formación Médica Continuada

COORDINADORES

José Medina-Polo

Servicio de Urología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
Servicio de Urología. ROC Clinic & HM Hospital Nuevo Belén. Madrid

Noemí Pérez León

Centro de Atención Primaria Gran Sol. Badalona. Barcelona. Coordinadora del grupo de trabajo de Nefrourología de Semergen.

¿QUIERE PARTICIPAR EN UROAULA?

Envíenos su artículo, sus imágenes comentadas o su caso clínico. Le recordamos que la publicación incorpora ISSN y, por tanto, tiene valor curricular para todos los autores que participen en ella.

ENVÍE SUS ORIGINALES A UROAULA@YOUANDUSSA.COM



Idea original, Coordinación, Diseño y Edición:

YOU & US, S.A. 2023

Ronda de Valdecarrizo, 41 A, 2.ª planta

Tel.: 91 804 63 33 www.youandussa.com

Tres Cantos. 28760 Madrid

ISSN: 2990-0069 Uroaula



PRESENTACIÓN

La patología urológica es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. El objetivo del proyecto UROAULA es revisar los principales motivos de consulta urológicos desde un punto de vista práctico dar herramientas de ayuda a los profesionales sanitarios. En este número abordamos una de las principales consultas que nos hacen los pacientes, la necesidad de hacer *screening* de PSA. En esta época donde, recientemente, con la campaña MOVEMBER para concienciar sobre la salud del varón, hemos incluido un artículo que actualiza las principales recomendaciones sobre la realización de *screening* con PSA. Para ello, revisamos las pautas de las guías de práctica clínica y la evidencia científica disponible. Nuestra intención es mejorar la información que damos a nuestros pacientes en un ámbito de continuo desarrollo y aparición de nuevas herramientas. Además, indicamos las recomendaciones de seguimiento y periodicidad de las determinaciones analíticas.

Seguidamente, nos centramos en los nódulos renales. El caso clínico revisa el modo de presentación y las recomendaciones sobre su tratamiento. Tradicionalmente, la nefrectomía radical ha sido el tratamiento planteado. Sin embargo, actualmente el empleo de nefrectomías parciales permite el abordaje de la mayoría de los casos, proporcionando seguridad oncológica y permitiendo abordar las comorbilidades cardiovasculares e, incluso, comorbilidades asociadas a la nefrectomía completa. Los tumores renales con frecuencia aparecen en pacientes de edad con comorbilidades, existiendo alternativas terapéuticas focales e, incluso, permitiendo planear tratamiento conservador en lesiones de pequeño tamaño, susceptibles de tratamiento. Se revisan las distintas alternativas en el caso clínico. Finalmente, la sección de imágenes revisa los quistes renales. Se trata de un diagnóstico muy frecuente que requiere seguimiento y revisiones en unas situaciones específicas que se comentan en detalle.

Como en anteriores números el enfoque es práctico, intentando contestar las posibles cuestiones de los facultativos a los que va destinado, ya sean urólogos o médicos de Atención Primaria. Esperamos que los temas sean de interés e invitamos a todos los que deseen participar en próximos números a enviar sus aportaciones tanto como temas de interés para revisar como casos clínicos.

José Medina Polo

Coordinador del grupo de trabajo Atención Primaria-Urología
Servicio de Urología. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid

Noemí Pérez León

Médico de Atención Primaria
Centro de Atención Primaria Gran Sol. Badalona



ÍNDICE



EL ARTÍCULO

NOVEDADES EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA 2022

Dra. Rocío Roldán Testillano

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Dr. Martín Alfonso Rayo Radilla

Servicio de Urología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Dr. José Medina Polo

Servicio de Urología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

IR AL ARTÍCULO



LAS IMÁGENES

QUISTES RENALES

Dra. Ana Belén Escobar Oliva

CAP Gran Sol. Badalona. Barcelona

IR A LAS IMÁGENES



EL CASO CLÍNICO

Dra. Sandra Moreno Ávila

CAP Gran Sol. Badalona. Barcelona

IR AL CASO CLÍNICO



LOS URO-RETOS

IR A LOS URO-RETOS





EL ARTÍCULO

Dra. Rocío Roldán Testillano¹, Dr. Martín Alfonso Rayo Radilla², Dr. José Medina Polo³

¹Servicio de Urología Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ²Servicio de Urología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Servicio de Urología. Hospital Universitario 12 de Octubre ImaS12. Madrid

ABSTRACT

El cáncer de próstata es la segunda neoplasia maligna más frecuente en el varón. El objetivo del cribado mediante el antígeno prostático específico (PSA) es identificar la enfermedad en estadios tempranos, reduciendo así la mortalidad y manteniendo la calidad de vida del paciente.

Es importante individualizar el cribado en cada paciente, teniendo en cuenta los factores de riesgo, como la historia familiar y la etnia.

Las guías de práctica clínica de la *European Association of Urology* (EAU) recomiendan el cribado en pacientes con una esperanza de vida mayor a 10-15 años, iniciando a los 50 años para aquellos pacientes sin factores de riesgo con estrategias de edad más precoces, y seguimiento en pacientes con factores de riesgo.

El paciente debe estar adecuadamente informado sobre los beneficios, riesgos y complicaciones del cribado.

Palabras clave: PSA, cribado, sobrediagnóstico, sobretratamiento, mortalidad.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es la segunda neoplasia maligna más frecuente en el varón. En el año 2020 se diagnosticaron 1,4 millones de casos en todo el mundo, siendo la quinta causa de muerte en el hombre (1). Actualmente, la mortalidad ha disminuido notablemente en muchos países gracias al cribado, detección temprana y tratamientos individualizados (1).

El objetivo del cribado en el cáncer de próstata, mediante el antígeno prostático específico [*prostatic specific antigen* (PSA)], es identificar la enfermedad en un estadio temprano, traduciéndose en una reducción de la mortalidad y manteniendo la calidad de vida del paciente (2, 3).

Sin embargo, el cribado puede producir efectos no deseados, como el sobrediagnóstico y el sobretratamiento, ansiedad y complicaciones derivadas de los procedimientos diagnósticos, como la biopsia de próstata, o terapéuticos, como la prostatectomía radical o la radioterapia (3).

La *European Association of Urology* (EAU) recomienda iniciar el cribado en todo varón mayor de 50 años, sin factores de riesgo, que esté bien informado acerca del cribado y que cuente con una esperanza de vida superior a diez años (2).



Se recomendaría iniciar a los 45 años en aquellos pacientes con historia familiar de cáncer de próstata o en descendientes de países africanos, y a los 40 años para los pacientes portadores de mutaciones germinales, tales como BRCA (2).

Es importante individualizar el cribado y la detección temprana en cada paciente, teniendo en cuenta factores de riesgo como la historia familiar y la etnia. Actualmente, se cuenta con calculadoras, como la de densidad de PSA, y pruebas de imagen, como la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp), que permiten estratificar el riesgo del paciente de padecer un cáncer de alto riesgo, junto con el PSA y el tacto rectal, reduciendo así el número de biopsias prostáticas, sus complicaciones y el sobrediagnóstico (3).

DESARROLLO/EVIDENCIA ACTUAL

El cáncer de próstata localizado se caracteriza por ser asintomático. En el momento en el que aparecen los síntomas es, generalmente, cuando la enfermedad es avanzada, con síntomas como las fracturas óseas (3).

El cribado nos da la oportunidad de identificar la enfermedad en un estadio curativo, reduciendo así la mortalidad y aumentando la calidad de vida de nuestros pacientes.

El PSA se definió por primera vez en los años 70, y se comenzó a utilizar a partir de los años 80. Al inicio, las recomendaciones de su uso se basaron en la experiencia clínica y en opiniones de expertos. No es hasta el año 2009 cuando aparece el primer gran estudio acerca del cribado con PSA, *The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC) (4), con más de ciento ochenta mil varones participantes entre 50 y 74 años, en el cual se muestran datos de una reducción en la mortalidad por cáncer de próstata. En la actualización realizada en 2019, con dieciséis años de seguimiento, alcanza el 20% (9). A este tiempo de seguimiento, el cribado consigue prevenir una muerte por cáncer de próstata por cada 570 varones invitados al cribado y 18 diagnosticados de cáncer de próstata.

Por otro lado, el ensayo clínico llevado a cabo en Estados Unidos sobre los cribados de cáncer de próstata, pulmón, colorrectal y de ovario (PLCO) (5), con un seguimiento a diecisiete años, no encontró diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por cáncer de próstata entre el brazo de cribado en comparación con el brazo de no cribado. Sin embargo, esto se ha atribuido a un alto grado de contaminación de las pruebas de PSA en el grupo de no cribado, con más del 50% de los pacientes asignados al azar a dicho grupo a los que se les había determinado el PSA.

Se han utilizado modelos estadísticos para reconciliar las diferencias en la implementación y los entornos de ambos estudios, y han informado que ambos ensayos proporcionan evidencia compatible con que la detección del PSA reduce la mortalidad por cáncer de próstata estimado en 25%-31% en ERSPC y 27%-32% en PLCO, respectivamente (9, 10).

Además, resulta interesante añadir que en el año 2012 las *US Preventive Services Task Force guidelines* hicieron recomendaciones en contra del cribado del cáncer de próstata con PSA tras estos estudios, y lo que supuso fue un aumento *a posteriori* del diagnóstico de cáncer de próstata en un estadio metastásico (8).



A día de hoy, las guías de práctica clínica de la *European Association of Urology (EAU)* (2) recomiendan, con un grado de recomendación fuerte, ofrecer cribado con PSA a varones bien informados de los riesgos y potenciales beneficios del mismo pertenecientes a los siguientes grupos:

- Hombres a partir de los 50 años.
- Hombres a partir de 45 años y antecedentes familiares de cáncer de próstata.
- Hombres afrodescendientes a partir de los 45 años de edad.
- Hombres portadores de mutaciones BRCA2 a partir de los 40 años.

Además, deberíamos ofrecer una estrategia adaptada al riesgo (basada en el nivel de PSA inicial), con intervalos de seguimiento de dos años para aquellos que inicialmente tuvieron las siguientes características:

- Hombres con un nivel de PSA >1 ng/ml a los 40 años de edad.
- Hombres con un nivel de PSA >2 ng/ml a los 60 años de edad.

Se debería detener el cribado si se estima una esperanza de vida <10-15 años o un mal estado funcional.

Las guías de práctica clínica de la *American Urological Association (AUA)* (7) recomiendan lo siguiente:

1. **No realizar PSA en hombres <40 años** dada la baja prevalencia de cáncer de próstata clínicamente detectable.
2. **Solo realizar PSA de rutina en hombres entre 40 y 54 años si son afroamericanos y aquellos con antecedentes familiares** de adenocarcinomas metastásicos o letales (por ejemplo, cáncer de próstata, cáncer de mama masculino y femenino, ovario, páncreas) que abarcan varias generaciones, que afectan a múltiples familiares de primer grado y que se desarrollaron a edades más tempranas.
3. **En los hombres de 55 a 69 años se recomienda la toma de decisiones compartida** y proceder en función de los valores. El mayor beneficio de las pruebas de detección parece estar en los varones de este rango de edad.
 - Múltiples enfoques posteriores a una prueba de PSA (por ejemplo, biomarcadores urinarios y séricos, imágenes de RMmp, calculadoras de riesgo) están disponibles para identificar a los hombres con más probabilidades de albergar un cáncer de próstata y/o uno con un fenotipo agresivo. El uso de dichas herramientas se puede considerar en varones con un nivel de PSA sospechoso, para así tomar la mejor decisión previa a una biopsia de próstata.
 - Para reducir los daños de las pruebas de detección se puede preferir un intervalo de detección de rutina de dos años, con el fin de conservar los beneficios del cribado y reducir el sobrediagnóstico y los falsos positivos.
4. **No se recomienda el PSA de rutina en hombres >70 años** o en cualquier hombre con menos de 10-15 años de esperanza de vida.

Una vez conocida la evidencia actual y las recomendaciones de las guías clínicas debemos tener siempre en cuenta que el cribado con PSA reduce el riesgo de desarrollo de cáncer de próstata metastásico y la mortalidad, pero también hay algunos efectos no deseados de este cribado, como son la ansiedad tras un resultado falso positivo o las complicaciones derivadas del sobrediagnóstico y el sobretratamiento.



Alrededor de un 44% de los pacientes con un PSA >4 y de un 40% con un PSA $>2,5$ normalizan el PSA en menos de un año, por lo que la recomendación sería repetir el PSA de 4-6 semanas tras un resultado elevado para asegurarnos del mismo (3).

La principal complicación derivada de un sobrediagnóstico es convertir a hombres sanos en hombres enfermos, restándoles calidad de vida y bienestar psicológico. Las biopsias prostáticas utilizadas en el diagnóstico pueden producir infecciones e, incluso, necesidad de hospitalización. Además, muchos de estos varones diagnosticados de un cáncer de próstata de bajo riesgo acaban con un sobretratamiento, el cual no tiene beneficios en términos de reducción de mortalidad y, sin embargo, lleva a efectos adversos persistentes, como la incontinencia urinaria o la disfunción eréctil.

Es por ello que, en los últimos años, existe una tendencia hacia la vigilancia activa en aquellos pacientes con una enfermedad de bajo riesgo como primera opción de tratamiento, con una monitorización del PSA, tacto rectal y pruebas de imagen en el seguimiento.

DISCUSIÓN

El cribado del cáncer de próstata mediante PSA ha demostrado prevenir el diagnóstico tardío y la mortalidad. De acuerdo con los estudios ERSPC y PLCO, la mortalidad se reduce hasta en un 31% y 30%, respectivamente.

Actualmente, tanto las guías de Urología de las asociaciones europeas (EAU) como americanas (AUA) recomiendan el cribado en hombres sanos y, sobre todo, en varones jóvenes con factores de riesgo para desarrollar cáncer de próstata. Esta estrategia permite estratificar a los pacientes según su edad y factores asociados que, apoyados de las nuevas herramientas diagnósticas (RMmp, calculadoras como el PSA densidad y los biomarcadores) nos permiten decidir a qué pacientes tenemos que realizar un seguimiento estrecho con controles de PSA y a quienes debemos someter a procedimientos diagnósticos invasivos, como es la biopsia prostática; todo ello con la finalidad de reducir el sobrediagnóstico, el impacto psicológico sobre el paciente y las complicaciones del procedimiento.

Es recomendable tener en cuenta que el cribado solo debe realizarse en pacientes bien informados con una esperanza de vida mayor a 10-15 años, por lo que, lo ideal es no realizar PSA en paciente mayores de 70 años. Consideramos que realizar un PSA en pacientes mayores a 70 años debe ser una decisión individualizada, consensuada con el paciente y, dependiendo del estado general del mismo, o de si existe tacto rectal patológico o enfermedad metastásica sugerente de origen prostático, en donde el paciente puede beneficiarse del protocolo diagnóstico y terapéutico.

CONCLUSIONES

La estrategia actual del cribado para el cáncer de próstata permite diagnosticar la enfermedad en estadios tempranos. Sin embargo, uno de los principales problemas que puede generar es el sobrediagnóstico y sobretratamiento con las complicaciones que esto conlleva.

Es importante informar adecuadamente al paciente antes de iniciar el cribado e individualizarlo según las recomendaciones de las guías internacionales urológicas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Culp MB, Soerjomataram I, Efstathiou JA, Bray F, Jemal A. Recent Global Patterns in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates. *European Urology*. 2020;77(1):38-52. [Internet]. 2020 [citado 14 de junio de 2023] Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.08.005>
2. EAU Guidelines. Ed. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. ISBN 978-94-92671-16-5.
3. Carlsson SV, Vickers AJ. Screening for prostate cancer. *Medical Clinics of North America*. 2020;104(6):1051-62. [Internet]. 2020 [citado 14 de junio de 2023] Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.08.007>
4. Schröder FH et al. Screening and prostate-cancer in a randomized European Study. *NEJM*. 2009;360:1320.
5. Andriole GL et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *NEJM*. 2009;360:1310.
6. Eastham JA, Riedel E, Scardino PT et al. Variation of serum prostate-specific antigen levels: an evaluation of year-to-year fluctuations. *JAMA*. 2003;289(20):2695-700.
7. Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *J Urol*. 2013;190(2):419-26.
8. Fenton JJ, Weyrich MS, Durbin S et al. Prostate-Specific Antigen–Based Screening for Prostate Cancer Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2018;319(18):1914-31.
9. Carlsson SV, Arnsrud Godtman R, Pihl CG et al. Young Age on Starting Prostate-specific Antigen Testing Is Associated with a Greater Reduction in Prostate Cancer Mortality: 24-Year Follow-up of the Göteborg Randomized Population-based Prostate Cancer Screening Trial. *Eur Urol*. 2022 Nov 2;S0302-2838(22)02715-4.
10. Hugosson J et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2019;76(1):43-51. [Internet]. 2019 [citado 14 de junio de 2023] Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.02.009>



Cysticlean[®]

240 mg PAC



Bienestar en cada
Momento



extracto concentrado
de arándano rojo americano
Complemento alimenticio



Pierre Fabre



LAS IMÁGENES

Dra. Ana Belen Escobar Oliva

CAP Gran Sol. Badalona. Barcelona

QUISTES RENALES

Los quistes renales son las masas renales más frecuentes. Se presentan, en general, en mayores de 50 años. Son raros en pacientes menores de esa edad. Pueden ser solitarios o múltiples y uni o bilaterales. Típicamente no producen síntomas y se descubren de forma accidental al realizar una prueba de imagen por otro motivo: ecografía abdominal o TAC (tomografía axial computarizada) abdominal. La mayoría se tratan de quistes simples, también llamados serosos. Pueden ser corticales, sinusales o parapiélicos. Solo alteran la arquitectura renal en la zona donde están situados y no afectan a la función del órgano. Sin embargo, no todas las lesiones aparentemente quísticas del riñón, detectadas mediante ecografía, son benignas. Para valorar la posible benignidad del quiste y su seguimiento se utiliza la clasificación de Bosniak (tabla I).

Tabla I. Clasificación Bosniak

Clasificación	Descripción	Estudios
I. Quistes simples	Quiste simple benigno con pared delgada, sin septos, calcificaciones o componentes sólidos. No realza con material de contraste.	No requiere estudios complementarios ni seguimiento.
II. Quistes mínimamente complicados	Un quiste simple que puede contener algún septo con pared delgada (<1 mm) que puede tener calcificaciones finas de espesor no medible. También se incluyen las lesiones quísticas hiperdensas <3 cm que no realzan tras administrar contraste iv.	No requiere estudios complementarios ni seguimiento.
III. Quistes mínimamente complicados	Quistes con septos delgados en los que se pueden observar mínimos realces de los finos tabiques o paredes. Pueden tener calcificaciones nodulares y espesas. Lesiones totalmente intrarenales sin realce y con alta atenuación >3 cm. Bien delimitadas.	Requieren seguimiento aunque no hay consenso de cada cuánto. Hasta el 5% de estas lesiones son malignas.
III. Quistes complicados	Paredes irregulares engrosadas o septos con realce de contraste medible con TAC o RM.	40-60% son malignos. Se consideran masas indeterminadas y requieren de cirugía en primera instancia.
IV. Carcinomas quísticos	Masas quísticas indeterminadas con tejido sólido en sus paredes o en su interior en las que se ven realce de contraste.	Se consideran neoplasias quísticas que precisan cirugía.

RM: resonancia magnética. IV: intravenoso.



Se considera quiste simple a nivel ecográfico si es anecoico, redondeado con refuerzo acústico posterior, pared lisa e imperceptible. Si no cumple estas características se considera un quiste complejo y requeriría la realización de un TAC abdominal para su mejor caracterización.

Los quistes simples no requieren tratamiento a no ser que por su tamaño produzcan síntomas por compresión (molestias abdominales o lumbares). Rara vez una hemorragia intraquistica o la rotura espontánea pueden causar dolor agudo de mayor gravedad. Se han descrito casos de HTA nefrogénica por la compresión que el quiste renal causa a nivel arterial. Otra rara complicación puede ser la infección del quiste, generalmente por *E. coli*. El cuadro cursa con fiebre alta, dolor localizado en la zona y, a menudo, se asocia a derrame pleural.

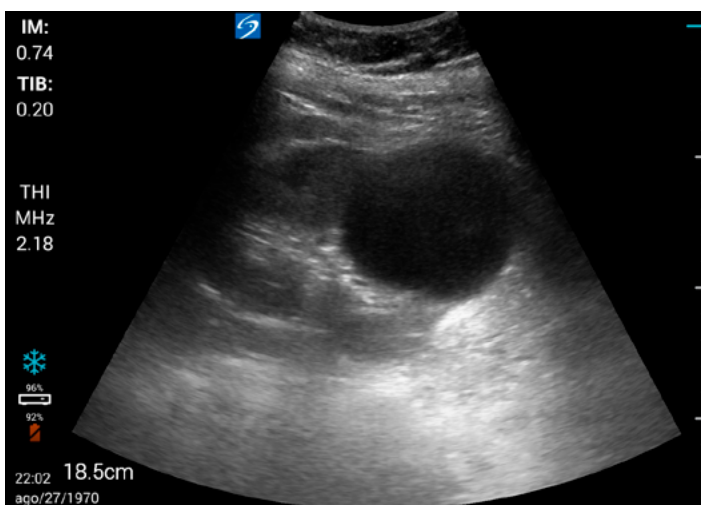
La punción y la aspiración para exámenes citológicos o bacteriológicos están indicadas en la evaluación de quistes que cumplen criterios de quiste simple (Bosniak III-IV y, a veces, II).

El tratamiento quirúrgico está indicado solo cuando hay sospecha de malignidad o en caso de quistes complicados que no pueden tratarse percutáneamente de forma adecuada.

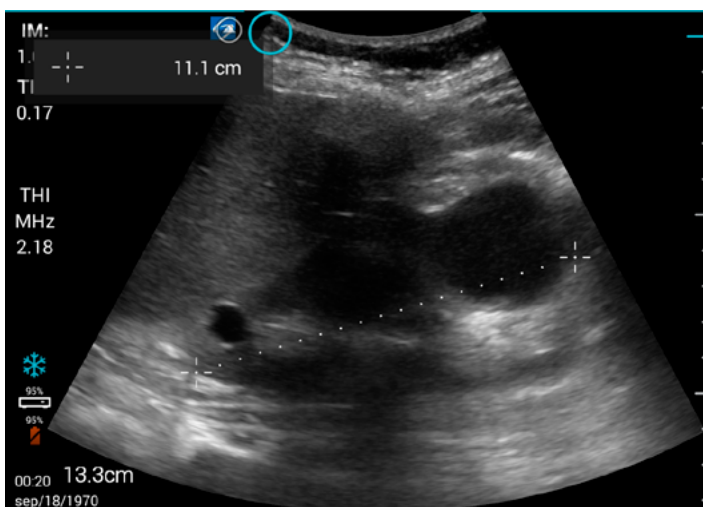


La derivación a Urología no es necesaria en los quistes Bosniak I y II.

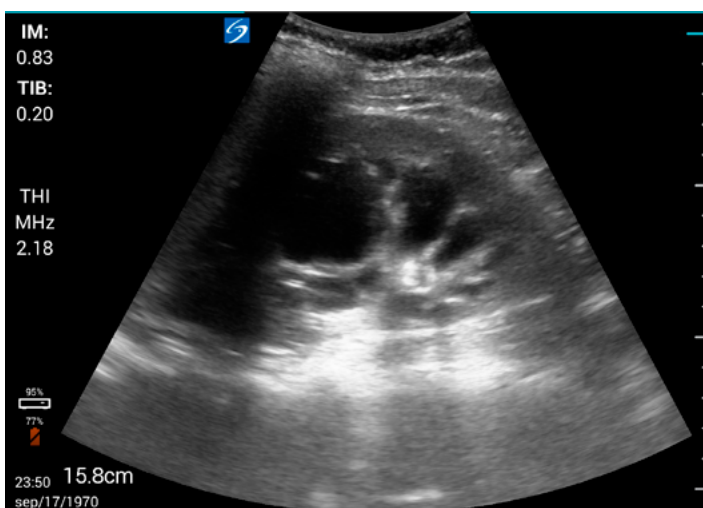
En el caso de pacientes menores de 30 años con dos o más quistes o antecedentes familiares de poliquistosis renal o ante un fallo en la función renal o sedimento urinario patológico deben ser remitidos a Nefrología para estudio.



Ecografía de un quiste único simple renal sin signos de complicación. Conserva la estructura parenquimatosa.



Ecografía renal con múltiples quistes simples corticales.



Ecografía de múltiples quistes sinusales anecoicos sin signos de complicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torra Balcells R. Enfermedades Renales Quísticas No Hereditarias. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. ISSN: 2659-2606. [Internet]. [Citado 14 de junio de 2023] Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.08.005>
2. Costero O, Peces R. El espectro de los quistes renales en el adulto: diagnóstico diferencial y complicaciones. Nefrología. 2003;23:260-5.
3. Sigmon DF, Shikhman R, Nielson JI. Renal Cyst. In: StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. [Internet]. 2020 [citado 24 de marzo de 2020] Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470390/>
4. Bosniak MA. The Bosniak Renal Cyst Classification: 25 Years Later Radiology. 2012;262(3):781-5. [Internet]. 2012 [citado 14 de junio de 2023] Recuperado a partir de: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/147/136h>

Permixon® 160

Extracto hexánico de *Serenoa repens*

reduce la inflamación
de la próstata¹

mejora los
síntomas
de la HBP²



PERMIXÓN® mejora la **calidad de vida**
y **preserva la función sexual** de los
pacientes con HBP^{3,4}



PERMIXÓN® presenta **actividad
antiinflamatoria⁵**, reduciendo la expresión
de precursores de la inflamación y de
proteínas proinflamatorias^{6,7}



PERMIXÓN® se ha mostrado
**superior al placebo en la mejoría
de la nocturia y el flujo urinario máximo
en pacientes con próstata agrandada.**
La mejoría de los STUI ha resultado similar
al tratamiento con tamsulosina y
finasterida a corto plazo⁸



Pierre Fabre

www.campuspierrefabre.com



Permixon® 160

Extracto hexánico de *Serenoa repens*

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. PERMIXON 160 mg cápsulas duras. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA DE LOS PRINCIPIOS ACTIVOS:** Cada cápsula dura contiene 160 mg de extracto lípidoesterólico del fruto de *Serenoa repens* (Bartram) Small (DER 7-11:1). Disolvente hexánico. **3. DATOS CLÍNICOS.** **3.1 Indicaciones terapéuticas:** Permixon está indicado en hombres adultos en el tratamiento de los trastornos miccionales moderados ligados a la hiperplasia benigna de la próstata. **3.2 Posología y forma de administración:** Posología. Adulto: 2 cápsulas duras al día durante las comidas, administradas en dos tomas (1 por la mañana y 1 por la noche). En algunos casos puede ser necesario un plazo de 4-8 semanas para determinar si se ha logrado una respuesta beneficiosa. Forma de administración: Tomar con un vaso de agua. No masticar. **3.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. **3.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante el tratamiento, como control rutinario de la hiperplasia benigna de la próstata, el paciente debe estar bajo supervisión médica continuada. La toma de este medicamento podría causar náuseas si se toma en ayunas. **3.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Los estudios experimentales con Permixon no muestran ninguna interferencia negativa con los grupos terapéuticos frecuentemente asociados a esta patología (antibióticos para infecciones del tracto urinario, antisépticos y antiinflamatorios). Los resultados de los estudios específicos in vitro demostraron la falta de inhibición y de potencial de inducción del extracto lípidoesterólico de *Serenoa repens*. No se prevén interacciones farmacocinéticas con la administración de tratamientos concomitantes. **3.6 Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo y lactancia. No procede, ya que este medicamento no está indicado para la mujer. Fertilidad: Un estudio combinado de toxicología reproductiva (desarrollo embrionario y postnatal) en ratas indicó que la administración del extracto lípidoesterólico de *Serenoa repens* durante la gametogénesis, apareamiento, gestación y lactancia, no afectó a la fertilidad. **3.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Permixon sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula. **3.8 Reacciones adversas:** La tabla que se muestra a continuación indica las reacciones adversas observadas en siete estudios clínicos, que representan un total de 3.593 pacientes: de los que 2.127 recibieron Permixon, para las que la evaluación de causalidad no fue "excluida". Las reacciones adversas clasificadas por órganos o sistemas (según MedDRA) se enumeran a continuación como: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) y muy raras ($< 1/10.000$), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). En cuanto a la frecuencia no se han encontrado reacciones adversas "muy frecuentes", "raras" o "muy raras", por lo que, se han eliminado estas columnas en la tabla que se encuentra a continuación.

Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$)	Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$)
Trastornos del sistema nervioso	
Cefalea	
Trastornos gastrointestinales	
Dolor abdominal	Náuseas
Trastornos hepato biliares	
	Aumento de la gamma-glutamyltransferasa Aumento de las transaminasas
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
	Enrojecimiento de la piel (rash)
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	
	Ginecomastia

Durante los ensayos clínicos, únicamente fue registrado un aumento moderado de las transaminasas y el aumento de las pruebas de función hepática no tuvo importancia clínica. Además, en el periodo poscomercialización se notificó edema, con una frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Se observó ginecomastia, que se resolvió tras la interrupción del tratamiento. **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **3.9 Sobredosis:** En el caso de sobredosis, el paciente puede padecer un trastorno gastrointestinal transitorio. Los estudios en animales no han demostrado toxicidad específica con este medicamento. **4. Incompatibilidades.** No procede. **5. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la

normativa local. **6. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN.** PIERRE FABRE IBÉRICA, S.A. C/ Ramón Trias Fargas, 7-11. 08005 Barcelona (España). **7. PRESENTACIÓN Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO:** Caja de 60 cápsulas duras, PVP: 15,90 € y PVP IVA: 16,53 €, "Comprobar PVP". **8. RÉGIMEN Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta ordinaria. Financiado por el Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA:

- De la Taille A. Therapeutic Approach: The Importance of Controlling Prostatic Inflammation. European Urology Supplements, 2013 ; 12 : 116-22.
- Vela-Navarrete R, Alcaraz A, Rodríguez-Antolín A, Miñana López B, Fernández-Gómez JM, Angulo JC, et al. "Efficacy and safety of a hexanic extract of *Serenoa repens* (Permixon®) for the treatment of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies." BJU international vol. 122,6 (2018): 1049-1065.
- Alcaraz A, Carballido-Rodríguez J, Unda-Urzaiz M, Medina-López R, Ruiz-Cerdá JL, Rodríguez-Rubio F, et al. Quality of life in patients with lower urinary tract symptoms associated with BPH: change over time in real-life practice according to treatment--the QUALIPROST study. Int Urol Nephrol. 2016;48(5):645-56.
- Maccagnano C, Salonia A, Briganti A, Teillac P, Schulman C, Montorsi F, et al. A critical analysis of Permixon™ in the treatment of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic enlargement. Eur Urol. 2006;5(Suppl 4):430-40.
- Ficha técnica Permixon®.
- Latil A, Libon C, Templier M, Junquero D, Lantoiné-Adam F, Nguyen T, et al. Hexanic lipidosterolic extract of *Serenoa repens* inhibits the expression of two key inflammatory mediators, MCP-1/CCL2 and VCAM-1, in vitro. BJU Int. 2012;110 (6 Pt B):E301-7.
- Rival Y, Taillandier T, Lantoiné-Adam F, Templier M, Junquero D. Permixon inhibits cytokine-induced expression of VCAM-1, essential for mononuclear cell adhesion on human vascular endothelial cells. Eur Urol Suppl. 2011;10(2):184.
- Gravas S, Cornu JN, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Mamoulakis C, et al. EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) including Benign Prostatic Obstruction (BPO) 2022. Disponible en: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Management-of-Non-Neurogenic-Male-LUTS-2022.pdf>. Consultado en: 20 de mayo de 2022



EL CASO CLÍNICO

Dra. Sandra Moreno Ávila

CAP Gran Sol. Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales (CCR) es la lesión sólida más frecuente en el riñón y representa aproximadamente el 90% de todos los tumores renales malignos. Engloba diferentes tipos de CCR con características histopatológicas y genéticas específicas.

Hay un predominio 1,5:1 de los varones sobre las mujeres. La incidencia máxima tiene lugar entre los 60 y 70 años de edad.

Existen factores etiológicos como el tabaquismo, la obesidad y la hipertensión arterial. El hecho de tener antecedentes familiares de primer grado con cáncer de riñón se asocia a un mayor riesgo de CCR (1).

Debido a la mayor detección de tumores mediante técnicas de imagen, como la ecografía y la TAC, ha aumentado el número de CCR diagnosticados de manera fortuita. Estos tumores son, con más frecuencia, de menor tamaño. En la actualidad, más del 50% de los CCR se detectan de manera incidental (2). La triada clásica de dolor en fosa renal, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable es poco frecuente (6-10%). Otros síntomas que deberían hacernos valorar la realización de exploraciones complementarias son la presencia de un varicocele que no se reduce y el edema bilateral en las extremidades inferiores.

En el 30% de los casos de CCR sintomáticos se identifican síndromes paraneoplásicos (tabla III). Algunos pacientes sintomáticos comienzan con síntomas de afectación metastásica, como dolor óseo o tos persistente (3).

Tabla III. Síndromes paraneoplásicos más frecuentes

Hipertensión arterial
Caquexia
Pérdida de peso
Fiebre
Neuromiopatía
Amiloidosis
Velocidad de sedimentación globular elevada
Anemia
Disfunción hepática
Hipercalcemia
Policitemia



La TAC y la RMN se utilizan para definir una masa renal. Han de obtenerse imágenes antes y después de la administración de un medio de contraste intravenoso para demostrar la presencia de realce. La TAC abdominal permite diagnosticar el CCR y aporta información sobre la morfología del riñón contralateral, la extensión del tumor primario, la afectación venosa, las adenopatías locorregionales y el estado de las glándulas suprarrenales y el hígado (4). La RMN se indica en los pacientes con alergia al contraste intravenoso, en el embarazo y en la insuficiencia renal (5).

La TAC de tórax es la prueba complementaria más exacta para la estratificación torácica.

En los pacientes con CCR debe identificarse el estadio TNM, el grado nuclear según Fuhrman y el sub-tipo de CCR, ya que aportan información pronóstica importante (6).

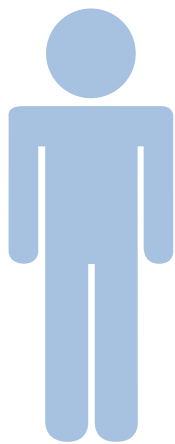
Para los pacientes con CCR localizado, la nefrectomía radical es el único tratamiento curativo.

La nefrectomía parcial está indicada ante la existencia de un riñón único anatómico o funcional y la existencia de un CCR bilateral.

La principal indicación electiva de la nefrectomía parcial es un CCR unilateral localizado de menos de 4 cm de diámetro con un riñón contralateral sano.

Otras técnicas, como la embolización del tumor primario, la radiofrecuencia percutánea, la crioterapia, las microondas y la ablación focal por ultrasonidos de alta intensidad (HIFU) se han propuesto como alternativas ya que presentan ventajas, como la reducción de la morbilidad, la terapia en consulta externa y la posibilidad de tratar a pacientes de alto riesgo con una salud precaria para soportar la cirugía convencional (7, 8).

CASO CLÍNICO



Varón de 84 años derivado al urólogo desde su médico de Atención Primaria por cifras de PSA elevadas. En la ecografía de estudio se detectan quistes renales simples bilaterales, siendo el de mayor tamaño de 12 cm en el riñón izquierdo. Dado que el paciente refiere dolor lumbar y distensión abdominal se solicita una TAC abdominal para su estudio y valorar la punción de dicho quiste, el cual se punciona y disminuye en tamaño.

Al cabo de unos meses, el paciente presenta un cuadro de hematuria autolimitada y se solicita una ecografía que muestra la aparición de una nueva lesión en forma de nódulo cortical exofítico en el riñón izquierdo de 12 x 11 mm, probable CCR. En la TAC de estudio persiste dicha lesión nodular exofítica de 13 x 14 mm en la cortical externa del tercio medio del riñón izquierdo que capta contraste endovenoso de forma heterogénea, compatible con un tumor renal sólido.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin antecedentes familiares de interés.

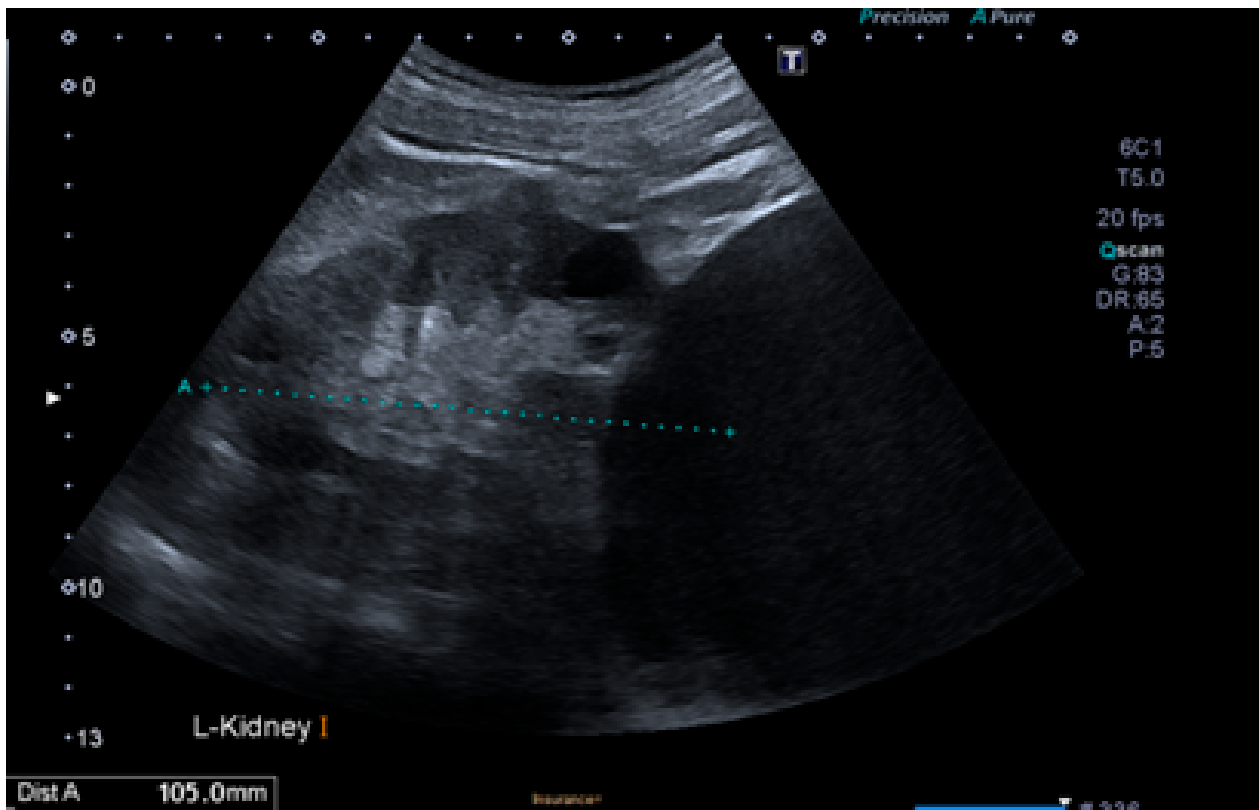


ANTECEDENTES PERSONALES

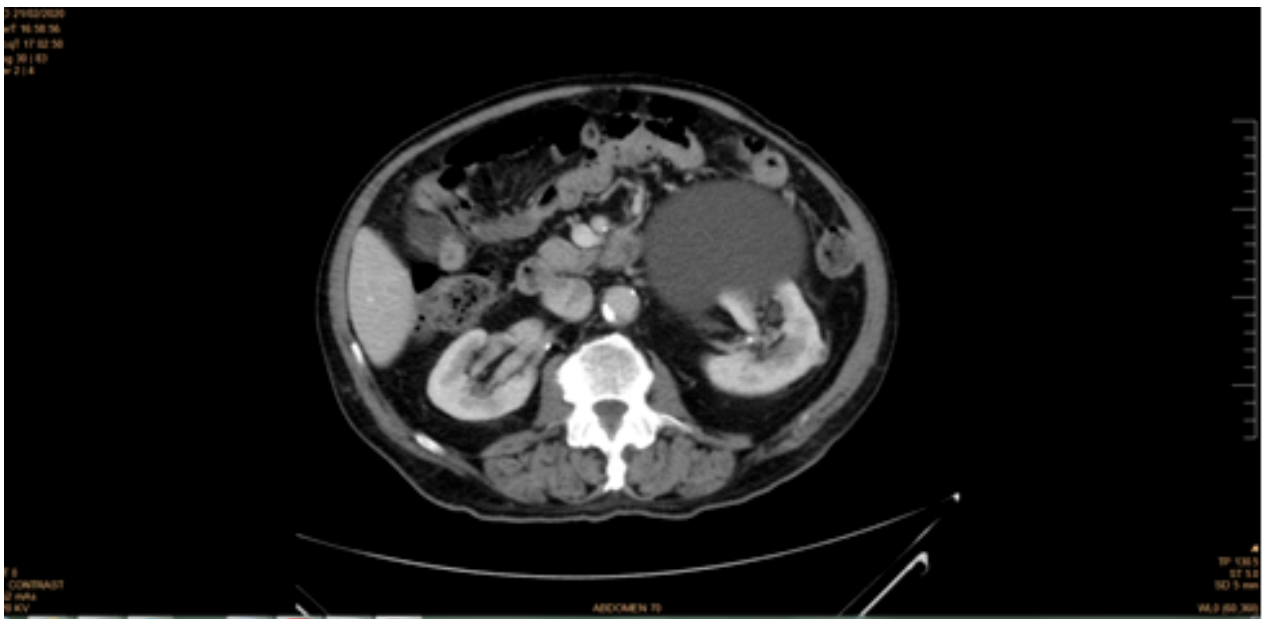
- **Alergias:** sin alergias conocidas.
- **Muy limitado a nivel funcional.**
- **Fragilidad** moderada-severa. Grupo 3 de la SIOG.
- **Otras:** hipertensión arterial (HYA), diabetes mellitus 2 (DM2), accidente cerebrovascular (ACV) recuperado, cardiopatía isquémica, necrosis inferior, acinesia infero-basal 60%, estenosis aórtica ligera, insuficiencia aórtica moderada, síndrome antifosfolipídico, reflujo gastroesofágico.
- **Hábitos tóxicos:** exfumador, no enolismo.
- **Prótesis total de rodilla.**
- **Tratamiento habitual:** ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 20 mg, monohidrato isosorbida, diltiazem, omeprazol, cinitaprida y paracetamol.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ecografía urinaria: nódulo sólido cortical exofítico de 12 x 11 mm entre el tercio medio e inferior izquierdo con contenido hiperecogénico y parcialmente quístico, probable CCR.



TAC abdominal con contraste endovenoso: lesión nodular exofítica de 13 x 14, con captación heterogénea del contraste endovenoso en la cortical externa del tercio medio del riñón izquierdo, compatible con tumor renal sólido.



DIAGNÓSTICO

Tumor renal sólido.



TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dado que se trata de un paciente con fragilidad moderada-severa, muy limitado a nivel funcional, parcialmente dependiente para las ABVD, con elevada comorbilidad y alto riesgo de empeoramiento de su capacidad funcional al presentar eventos intercurrentes, se plantea valorar tratamientos que no le condicionen un empeoramiento en su calidad de vida.

Por el momento, se acuerda en el Comité Oncológico, junto con el paciente y la familia, realizar controles periódicos mediante TAC.

CONCLUSIONES

Aunque en la mayoría de casos el diagnóstico del CCR es incidental, debemos sospechar ante la presencia de síntomas como la hematuria y el dolor en la fosa renal.

A pesar de que la nefrectomía radical es el mejor manejo de estos tumores, la existencia de fragilidad y otras patologías puede contraindicar la extirpación del riñón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lipworth L, Tarone RE, McLaughlin JK. The epidemiology of renal cell carcinoma. *J Urol.* 2006;176:2353-8.
2. Patard JJ, Rodriguez A, Rioux-Leclercq N et al. Prognostic significance of the mode of detection in renal tumours. *BJU Int.* 2002;90:358-63.
3. Kim HL, Beldegrun AS, Freitas DG et al. Paraneoplastic signs and symptoms of renal cell carcinoma: Implications for prognosis. *J Urol.* 2003 Nov;170(5):1742-6.
4. Israel GM, Bosniak MA. Pitfalls in renal mass evaluation and how to avoid them. *Radiographics.* 2008;28:1325-38.
5. Janus CL, Mendelson DS. Comparison of RI and CT for study of renal and perirenal masses. *Crit Rev Diagn Imaging.* 1991;32:69-118.
6. Fuhrman SA, Lasky LC, Limas C. Prognostic significance of morphologic parameters in renal cell carcinoma. *Am J Surg Pathol.* 1982;6:655-63.
7. Ljungberg B, Hanbury DC, Marcus A. Revisión. Guía del carcinoma de células renales. *Actas urol Esp.* 2009;33(3).
8. Ares Y, Fragas R. Carcinoma de células renales incidental. *Arch Esp Urol.* 2005 jun;58(5).





LOS URO-RETOS

EL ARTÍCULO

1. En el caso de un varón de 50 años con PSA >4 ng/dl, siendo la única determinación, y sin síntomas del tracto urinario inferior, ¿qué recomendación de las siguientes es la correcta?:

- a. Derivar directamente para realización de biopsia prostática transrectal.
- b. Realizar TAC + gammagrafía ósea y nuevo PSA con biopsia de próstata transrectal.
- c. Estratificar el riesgo del paciente, realizar tacto rectal y nueva determinación de PSA en seis semanas y descartar infecciones del tracto urinario inferior.
- d. Estratificar el riesgo del paciente, realizar tacto rectal, nuevo PSA y solicitar RMmp.

2. Varón de 75 años cardiópata severo y sin seguimiento urológico, con padre fallecido por cáncer de próstata, consulta por síntomas del tracto urinario inferior. ¿Estaría indicado incluir a este paciente en el cribado con PSA?:

- a. Si estaría indicado. Se debe solicitar PSA y, en función del resultado, realizar seguimiento con PSA anual o iniciar protocolo de diagnóstico/tratamiento.
- b. No estaría indicado, ya que es un paciente con esperanza de vida menor a 10-15 años y no se beneficia del cribado con PSA.
- c. Si estaría indicado. Se debe solicitar PSA, realizar tacto rectal y, en función de los hallazgos, realizar seguimiento cada seis meses o solicitar RMmp si PSA >3 ng/dl.
- d. No estaría indicado ya que se trata de un paciente con esperanza de vida menor a 10-15 años, no se beneficia de cribado con PSA, pero sí del tacto rectal y RMmp.

3. ¿Cuál de los siguientes no es una consecuencia del cribado de cáncer de próstata?:

- a. El sobrediagnóstico.
- b. La identificación de la enfermedad en estadios más tardíos.
- c. El sobretratamiento.
- d. Aumentar la calidad de vida de los pacientes.

4. Varón de 55 años, sin antecedentes de cáncer de próstata ni factores de riesgo asociados que, tras una primera determinación de PSA, obtiene un resultado de 4,2. ¿Cuál las siguientes actitudes se debería seguir?:

- a. Solicitar PET-PSMA.
- b. Realizar biopsia transrectal de próstata fusión.
- c. Repetir determinación de PSA.
- d. Solicitar TAC y gammagrafía ósea.

RESPUESTAS CORRECTAS: 1C, BC, 3B, 4C





LOS URO-RETOS

LAS IMÁGENES

1. Paciente de 60 años con antecedentes de HTA, dislipemia y fumador de un paquete día que acude a nuestras consultas por una ITU. Dado que es la cuarta ITU que presenta este año decidimos realizarle una ecografía para estudio. En la ecografía se aprecia un quiste simple de 5,5 cm de diámetro. Ante este hallazgo, ¿cuál es la respuesta correcta?:

- a. El quiste es la causa de las ITU.
- b. Todos los quistes requieren derivación a Urología para estudio.
- c. Es un quiste >5 cm por lo que requiere seguimiento.
- d. Los quistes simples suelen ser hallazgos casuales en ecografías realizadas por otras causas.

2. La paciente, dados los hallazgos en la ecografía, pregunta si hay que hacer algo. ¿Cuál es la respuesta correcta?:

- a. Se recomienda realizar ecografías cada seis meses para seguimiento del quiste.
- b. Se recomienda realizar un TAC abdominal para filiar el quiste.
- c. Si el quiste tiene características ecográficas de quiste simple no requiere seguimiento independientemente del tamaño.
- d. Se recomienda extirpar el quiste.

3. ¿Cuándo se recomienda seguimiento de un quiste renal según la clasificación Bosniak?:

- a. Quistes con clasificación Bosniak I.
- b. Quistes con clasificación Bosniak II.
- c. Quistes con clasificación Bosniak IIF.
- d. Quistes con clasificación Bosniak IV (no es seguimiento, sino cirugía por considerarse neoplásico).

4. ¿Cuáles son las masas renales más frecuentes?:

- a. Quistes renales.
- b. Angiomiolipomas.
- c. Carcinoma de células renales.
- d. Nefroblastoma.

RESPUESTAS CORRECTAS: 1D, 2C, 3C, 4A





LOS URO-RETOS

EL CASO CLÍNICO

1. ¿En qué década de la vida es más frecuente el carcinoma de células renales?:

- a. 30-40 años.
- b. 40-50 años.
- c. 50-60 años.
- d. 60-70 años.

2. Todos los factores etiológicos influyen en el desarrollo de un carcinoma de células renales, excepto:

- a. Hipertensión arterial.
- b. Tabaquismo.
- c. Consumo de alcohol.
- d. Obesidad.

3. ¿Cuál es la triada clásica de sintomatología que puede indicar un carcinoma de células renales?:

- a. Dolor en fosa renal, hematuria microscópica y masa renal palpable.
- b. Dolor en fosa renal, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable.
- c. Dolor lumbar irradiado a genitales, hematuria microscópica y masa renal palpable.
- d. Dolor lumbar irradiado a genitales, hematuria microscópica y vómitos.

4. ¿Cuál es la presentación más frecuente de un carcinoma de células renales?:

- a. >50% asintomáticos.
- b. >70% asintomáticos.
- c. >20% asintomáticos.
- d. La triada clásica.

RESPUESTAS CORRECTAS: 1D, 2C, 3B, 4A



PARA ACCEDER AL CAMPUS PIERRE FABRE

Escanee el código QR que encontrará más abajo
o haga click **AQUÍ**



Pierre Fabre

VOLVER AL ÍNDICE



CONTINUAR



UROAULA

Formación Médica Continuada



Pierre Fabre