

Editorial

**UN APORTE QUE HAREMOS
DÍA A DÍA**

DIABETES Y SEXUALIDAD

**PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES
URINARIAS EN LA MUJER**

EYACULACIÓN PRECOZ

**AVANCES MÉDICOS
CONTRA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL**



Año 2 - N° 4
Junio 2018

**Uso exclusivo
médico**

Uruguay

Distribución
Gratuita

Un equipo humano y profesional que asegura tu mejor atención.
Total privacidad, seriedad y responsabilidad.

SEXUALIDAD LIBRE Y ESPONTÁNEA



Los mejores especialistas
con equipamiento
de última generación.

UROMAX

CLÍNICA URO/SEXOLÓGICA

En todo el país

www.uromax.com.uy

f UROMAX e clinicabalatti@gmail.com



editorial

Estimados colegas

En primer lugar presentarnos, **Uromax** es una clínica Uro-sexológica creada por iniciativa del **Dr. Antonio Balatti** (Sexólogo clínico) y el **Dr. Marcelo Ferreira** (Urólogo) que desde el año 2015 conjuga la mejor tecnología única en el país y un equipo humano comprometido ética y profesionalmente, para hacer realidad el eslogan de "el mejor equipo".

En el camino de la superación y brindar un servicio de alta calidad es que hoy presentamos la revista de **Uromax**, ésta pretende ser la primera de muchas publicaciones que tiene como objetivo brindar a médicos generales y comunitarios nuestra experiencia en temas uro-sexológicos de consultas frecuentes, así como los avances que surjan en este campo, que tengan utilidad práctica.

Utilizamos un lenguaje sencillo y sin profundizar en aquellos aspectos que si bien hacen a la patología en concreto, tienen escasa validez clínica, no es una guía de manejo clínico, solo aportamos nuestra experiencia en aquellos temas que consideramos son los más frecuentes.

No es una tarea fácil y ni mucho menos será perfecta, es un aporte que haremos día a día perfeccionándolo, insistir en la prevención en salud para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Lo hacemos con convicción y certeza de intención, lo cual nos deja tranquilos y con la satisfacción de aportar un granito de arena al tan relevante primer nivel de asistencia, muchas veces no valorado en su justa medida.

Además convencidos que el trabajo en equipo es el mejor camino, ya que logra los mejores resultados para el paciente y la mayor satisfacción para el equipo asistencial, queremos generar un medio de comunicación fluido entre **Uromax** y aquellos médicos que quieran hacer aportes, plantear inquietudes o dudas. En este sentido hemos generado una comunicación interna exclusiva para médicos que podrán plantear dudas vía telefónica o Whatsapp al 099728046, así como si lo desean integrar un grupo de Whatsapp donde se podrán recibir notificaciones de interés.

Este vínculo directo no quiere más que colaborar y lograr el objetivo que todos tenemos: brindar una asistencia integral y de calidad.

Queremos agradecer en forma personal al Dr. J. P. Rubinstein por su apoyo y confianza, y a todas las empresas que colaboran con este proyecto.

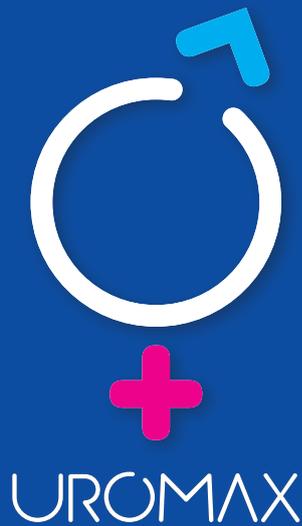
Los saludan atentamente



Dr. Antonio Balatti
Sexólogo clínico



Dr. Marcelo Ferreira
Urólogo



CLÍNICA
URO/SEXOLOGICA

Diabetes y sexualidad



Dr. Antonio Balatti / Sexólogo Clínico

Las alteraciones neuropáticas y vasculares propias de la diabetes afectan en menor o mayor grado el tejido eréctil, determinando disfunción sexual de grado y severidad variable. Es la enfermedad endócrina metabólica que más disfunción sexual causa. Afecta las tres fases de la respuesta sexual:

1. el deseo, por causa psicológica o debilidad muscular (hipopotasemia).
2. la erección, el más frecuente, de causa multifactorial (fundamentalmente, vasculopatía, neuropatía, fibrosis)
3. el orgasmo con eyaculación retrógrada (origen neuropático)



A todo esto se le suma al diabético factores psicológicos, angustia, temor al desempeño, estrés, depresión, que agravan más aún el problema.

La disfunción eréctil se la define como la incapacidad de lograr y/o mantener la erección completamente firme hasta el final del coito.

Es una preocupación para el diabético sólo superada por la ceguera y la insuficiencia renal.

La DSE es una complicación frecuente en el diabético, sus causas son múltiples y afecta en forma significativa su calidad de vida.

Prevalencia

No se conoce con precisión la verdadera prevalencia ya que por la naturaleza del problema muchos pacientes se resisten a consultar.

La disfunción eréctil es tres veces más común que en los hombres no diabéticos y los afecta más temprano. En general se encuentra DE en 35 a 75% de los pacientes diabéticos de todas las edades. La prevalencia aumenta claramente con la edad, los años de diabetes, el mal control metabólico (la gravedad de la

disfunción eréctil está asociada con el aumento de la hemoglobina glicosilada.)

Trastornos de la erección en la diabetes

Básicamente la erección depende de aperturas de arterias penianas, relajación del músculo liso, y el endotelio vascular cavernoso.

Todos estos procesos son víctimas de la diabetes con la consiguiente falla en la erección.

Describiremos los más relevantes para ver lo complejo de estos pacientes.

Lesiones Vasculares-Endotelio

La pared endotelial, ha pasado en los últimos años de ser una barrera mecánica a ser considerada como un órgano endocrino más, donde se generan, activan y actúan innumerables sustancias. El endotelio juega un rol primordial en la vaso dilatación que ocurre durante la erección.

La alteración del endotelio está en la base de todas las enfermedades cardiovasculares, y esto es más claro aún en el diabético y es la llave para terapias de rehabilitación médico sexológicas.

La disfunción endotelial es una de las primeras manifestaciones de la enfermedad vascular y de arteriosclerosis. El endotelio peneano modula el tono vascular y el flujo sanguíneo hacia los cuerpos cavernosos en respuesta a hormonas, estímulos neurológicos y mecánicos. La disfunción endotelial disminuye la respuesta a los mediadores vasodilatadores y aumenta a los vaso constrictores.

Este desequilibrio en la biodisponibilidad de sustancias activas a nivel endotelial produce inflamación subintimal, aumento de permeabilidad, agregación plaquetaria, trombosis, arteriosclerosis, con la consiguiente disminución del flujo sanguíneo de los cuerpos carnosos, lo cual predispone por hipoxia crónica a fibrosis progresiva, lo que se conoce como **fibrosis cavernosa**.

Esta fibrosis es lo que hace en el diabético que los medicamentos orales proerectógenos vayan perdiendo eficacia; con el tiempo (por evolución progresiva de la fibrosis) hasta dejan de responder, por esto es importante la consulta precoz para rehabilitación tratando este proceso y no automedicarse.

Lesiones neurológicas

La neuropatía diabética periférica contribuye a la disminución de la actividad de los reflejos, (a nivel sacro fundamentalmente) los que son necesarios para que ocurra la erección normal, que luego de los 45 años juegan un rol preponderante en el mecanismo de la erección.

La neuropatía autonómica del pene también compromete la respuesta eréctil en los pacientes diabéticos. Existe engrosamiento de la pared y de la membrana basal en los micro vasos

del endoneuro, (tejido conjuntivo que rodea nervios periféricos) se asocia con la severidad de las anomalías neurológicas observadas en la polineuropatía diabética.

Miopatía peneana

Se ha confirmado por estudios electro fisiológicos anormalidades del tejido muscular liso del pene, lo que compromete la relajación del músculo liso asociado a la fase inicial hemodinámica que requiere total tumefacción.

Psicológicos

Los mecanismos psicológicos desempeñan un papel muy importante en la DSE del diabético (depresión, baja autoestima, pérdida de autoimagen etc). La depresión con pérdida del deseo en ocasiones precede a la DE.

Hormonales

Trastornos hormonales en el eje hipotálamo hipófisis-gonadal influyen, pero en menor medida que los anteriores. La diabetes tipo 2 es una de las mayores causas de hipogonadismo de inicio tardío y disfunción eréctil debido a un proceso acelerado de aterosclerosis. Cerca del 80% de diabetes tipo 2 presenta resistencia a la acción de la insulina, y ésta se asocia con disfunción endotelial y disfunción eréctil.

Tratamiento

El manejo del paciente diabético con disfunción sexual eréctil descansa en primer lugar en obtener un adecuado control metabólico, que debe ser una meta. Si no se consigue control metabólico con medicamentos anti-diabéticos orales, es necesario revertir este proceso con insulina de forma intensiva, ya que de esta manera muchas veces se

reverte en gran medida o totalmente la disfunción eréctil.

Así mismo el abandono del hábito de fumar es esencial ya que la nicotina posee efectos vasoconstrictores sobre el árbol vascular peneano.

El tratamiento debe ser abordado por equipo multidisciplinario, valorando cada caso en particular.

El retraso en el abordaje integral del paciente diabético con DSE, determina como ya vimos la fibrosis cavernosa, hecho que condiciona una mala respuesta a todo tipo de rehabilitación. Recomendamos a nuestros pacientes la consulta precoz con equipo multidisciplinario especializado, contraindicando la automedicación en especial en el paciente diabético, por tratarse de una enfermedad compleja y multifactorial que afecta gravemente su calidad de vida.

Los resultados de la terapia aislada con medicación vía oral solamente tiene malos resultados a mediano plazo.

Cuando la medicación vía oral falla, donde en el paciente diabético es más frecuente que esto suceda, es necesario tratamientos invasivos.

El último escalón de tratamiento cuando todo falla o no toleran los inyectables son las prótesis peneanas, que existen de diferentes tipos, con resultados aceptables. Pero siempre expuesto a graves complicaciones, más en el diabético, como la infección y la erosión, entre otros.

Los mejores resultados sin duda se obtienen con la prevención, consulta precoz, equipo multidisciplinario y no automedicarse. ●

EN SUMA

Las alteraciones vasculares y neurológicas que produce la Diabetes Mellitus sobre los órganos sexuales conducen a disfunción eréctil, un problema con una prevalencia de 35 a 75% entre diabéticos de todas las edades, lo que representa una frecuencia tres veces mayor que en los hombres no diabéticos.

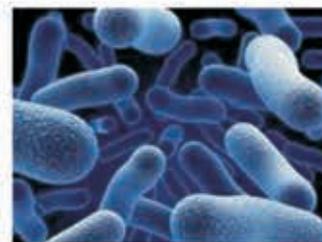
La severidad del problema está correlacionada con el control de la glucemia, la duración de la diabetes mellitus y las complicaciones que ésta produce. Junto al problema orgánico se desarrollan alteraciones psicológicas que en conjunto conducen a un deterioro de la calidad de vida.

Para el tratamiento, debe tener un enfoque integral y multidisciplinario, donde el control metabólico es el pilar y los tratamientos puntuales de la DSE tienen elementos que deben considerarse en cada caso en particular, no existiendo una fórmula única efectiva para todos los pacientes. Recordamos que hay factores neurológicos, hormonales, vasculares y psicológicos siempre presentes y con influencia relativa en cada caso. ●

Eficacia Natural

Arándano Rojo

Proantocianidinas



Probiótico

Lactobacillus Sporogenes



- **Arándano Rojo:**

36 mg de Proantocianidinas (PACs.) por cápsula.

- **Probiótico:**

Estimula la función protectora del sistema digestivo.

Material dirigido exclusivamente a profesionales de la salud

EURO Lab
División Nutricional
www.laboratorioeurolab.com

Representante Exclusivo
CIPHARMA
FAMINTER S.A.

Rbla. Rep. de México 5871 Of. 02
Tel./Fax: 2605 8410 - 2605 8411 - CP 11400 - Montevideo, Uruguay
info@cipharma.com.uy - www.cipharma.com.uy

Prevención de las infecciones urinarias en la mujer



Dr. Marcelo Ferreira / Urólogo

Introducción

La **cistitis** (inflamación de la vejiga) es una de las consultas urológicas más frecuentes. Antes de abordar el tema en concreto queremos aclarar que si bien el 80-90% de las cistitis son causadas por infección, existen causas no infecciosas de inflamación de la vejiga, como ser las causa alérgicas (jabones, protectores íntimos, espermicidas, alimentos) o cristalurias entre otras.

Este punto es fundamental para el encare terapéutico y para que las medidas preventivas sean efectivas. Recomendamos que todo paciente que consulte por infección urinaria recurrente se realice un examen de orina y un urocultivo, que puedan confirmar su causa infecciosa. Luego de aclarado este punto discutiremos la posibilidad de aplicar medidas preventivas, sino para erradicar, al menos para reducir significativamente el número de episodios anuales de cistitis que sufren algunas de estas mujeres con los consiguientes trastornos personales y laborales derivados.

Hábitos

Las principales medidas de cambio de comportamiento son:

1. Incrementar la ingesta de líquidos con el objeto de diluir y eliminar con micciones abundantes y frecuentes las bacterias que alcanzan la vejiga.
2. Limpieza anal posdefecación en la mujer siempre en sentido anteroposterior, con intención de no aportar flora fecal al área periuretral.
3. Micción postcoital.
4. Corrección del estreñimiento.

A estas medidas higiénico-dietéticas se suman una serie de acciones que incluyen desde uso de suplementos alimenticios, vacunas o antibióticos profilácticos.

Quimioprofilaxis

Una medida muy difundida es la quimioprofilaxis 3-6 meses. Consiste en la toma de una única dosis nocturna diaria oral de antibióticos (por ejemplo, nitrofurantoína, ácido nalidíxico o norfloxacino) con elevada excreción urinaria. Los principales inconvenientes de esta medida preventiva son la inducción de resistencias bacterianas, los fenómenos de intolerancia y toxicidad medicamentosa y la modificación de las floras fecal y vaginal, derivados de su larga administración.

NUEVOS AVANCES Y NUEVAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN

No queremos aburrir con los aspectos microbiológicos y fisiopatológicos, pero hoy sabemos que existen factores del germen y del huésped que favorecen la infección urinaria. Así por ejemplo de las 170 cepas de E. Coli solo 6 son las causantes de más del 80 % de las infecciones, estas cepas tienen fimbrias/adhesinas, que le permiten adherirse a la mucosa vesical. A estos factores de germen se suma las predisposiciones individuales, los antígenos de los grupos sanguíneos A, B y O están relacionados con la adherencia a través de las fimbrias de microorganismos como E. Coli a las células del uroepitelio y concretamente los individuos de los grupos A y O, que presentan anticuerpos contra el antígeno B, muestran una mayor resistencia a la infección urinaria que los que no tienen los mencionados anticuerpos (grupos B o AB), mencionáremos algunos de ellos.

Vacunas

A la luz de estos conceptos se han ideado nuevos enfoques para la prevención y tratamiento de la ITU. Se ha evaluado recientemente el uso de activadores del sistema inmunológico en forma de vacunas bacterianas celulares inactivadas o lisados de las mismas, incorporándose diferentes vías de inmunización. La base de esta terapia supone la inducción de anticuerpos durante una inmunización activa que conduciría a incrementar la resistencia a la colonización en áreas genitales y del tracto urinario, y a activar células inmunocompetentes que aumenten la producción de anticuerpos y eviten la invasión de tejidos.

Probióticos

Como ya mencionamos los gérmenes que generan la infección urinaria son en su gran mayoría pro-



venientes de la flora intestinal, la flora intestinal es un complejo grupo de bacterias que cumplen funciones esenciales en la nutrición e inmunología, los probióticos están destinados a mejorar la población de bacterias beneficiosas que se encuentran en el intestino, ya que promueven su desarrollo. Al crecer en el intestino y adherirse a la mucosa intestinal, evitan que otras bacterias dañinas se implanten y ejerzan sus funciones negativas, actuando como una barrera que evita la colonización del intestino por gérmenes patógenos.

Este punto es crucial en las infecciones urinarias recurrentes ya que el uso de antibióticos rompe el equilibrio intestinal y recuperar esta flora beneficiosa es un factor importante para evitar las recidivas.

Arándanos

Otra estrategia para evitar la infección es la inhibición de la adherencia bacteriana, si las bacterias patógenas no se pueden adherir a la mucosa vesical la infección no se produce.

Los principales inhibidores conocidos son compuestos de origen vegetal como los flavonoides o proantocianidinas tipo A (Taninos Condensados), son escasas las fuentes naturales en las que se han identificado proantocianidinas de tipo A (arándano, ciruela, canela y curri), actúan como inhibidores de la adherencia bacteriana a los receptores celulares y de la formación de biopelículas bacterianas.

Su uso se ha difundido en todo el mundo, existe extensa bibliografía que apoya su uso.

En Uromax recomendamos el uso de probióticos con arándano por su inocuidad, fácil administración 1 comprimido por día al acostarse, con muy buenos resultados.

En suma el encare debe ser personalizado evaluando en primer lugar partir de un diagnóstico correcto (urocultivo +), lograr la erradicación luego del tto. con urocultivo de control. Luego planificar una estrategia con diversas acciones para prevenir la re-infección. ●

Eyacuación precoz



Dr. Antonio Balatti / Sexólogo Clínico

Introducción

Incluimos este tema que si bien no es un motivo de consulta frecuente al día de hoy en el consultorio de medicina general, la liberación sexual de los últimos años hace prever que este tema empiece a ser un motivo de consulta. Aportamos conocimientos básicos que le permitan orientar a sus pacientes.

La eyacuación precoz (EP) es una disfunción sexual que afecta entre un 15 y 30% de los hombres, supone un 30% de las demandas de atención sexológica. Básicamente consiste en una dificultad o imposibilidad para ejercer un razonable control sobre el reflejo eyaculatorio.

Se debe a una falta de aprendizaje de la recepción e integración de las sensaciones placenteras percibidas durante el acto sexual, que lleva a no saber reconocer el momento en que se puede prolongar el mismo.

Definición

En la actualidad uno de los conceptos más aceptados es el establecido en la revisión de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV-TR) donde se la define Eyacuación persistente o recurrente como respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco después de la penetración y antes que la persona lo desee. Le provoca malestar personal o interpersonal.

La sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM) instituyó un comité de 21 expertos para establecer una definición y concluyeron lo siguiente:

“La eyacuación precoz es la que siempre o casi siempre ocurre antes del minuto de penetración vaginal, con incapacidad para demorarla en todas o casi todas las penetraciones vaginales y que ocasiona consecuencias negativas para la persona, como estrés, frustración, pérdida de autoestima, insatisfacción sexual.

CLASIFICACIÓN

Eyacuación primaria

Esta es la que el paciente refiere de toda la vida, desde el inicio de las relaciones sexuales.

Eyacuación secundaria

Esta se presenta luego de un tiempo de respuesta eyaculatoria normal.

ANTEPORTAS

El paciente eyacula siquiera antes de penetrar, es una forma severa de presentación de la EP.

PREVALENCIA

Es una entidad muy común con tasas de prevalencia que oscilan entre un 15 a 30% y representa el 30 % de las consultas en Sexología. Sólo un 9% de los pacientes buscan ayuda.

Se la debe tratar sino se convierte en una disfunción crónica, afectando la autoestima y la vida social de la persona, difícilmente cure sola.



ETIOLOGÍA

Psicógena

Excitación elevada, experiencias sexuales bajo tensión, obsesión por complacer, temor al desempeño, estrés, acto fallido previo, cambio de pareja, entre otras.

Orgánicos

Cabe señalar que ninguno de estos factores orgánicos fue demostrado en grandes estudios.

Hipersensibilidad del pene, mayor representación cortical de los nervios pudendos, alteraciones centrales de neurotransmisores serotoninérgicos, disfunción eréctil, prostatitis, distiroidismo.

Aprendizaje defectuoso

En este caso sería un defectuoso aprendizaje del reflejo eyaculatorio en etapas tempranas del desarrollo. Es decir el hombre (adolescente) aprendió a eyacular frente al mínimo estímulo sexual, haciendo de esto un hábito repetitivo en el tiempo.

La ansiedad es un denominador común que caracteriza a los pacientes con EP, lo cual se debe tener en cuenta para plantear su tratamiento.

CONSECUENCIA EN LA VIDA DE QUIEN LA PADECE

Existe un grave deterioro de la autoestima de la persona, falta de confianza, insatisfacción sexual, conflictos con las relaciones interpersonales, depresión, angustia, deterioro social, intento de autoeliminación.

MANIOBRAS COMPENSADORAS

En general la gran mayoría de los EP intentan estrategias propias que de por sí resultan inadecuadas y agravan más aún el problema por desconectar el circuito central de control, con el fin de distraerse del acto y demorar más.

Entre estas se destacan ingesta excesiva de alcohol, infringirse dolor durante el coito como ser mordido labio o una mano, pensar en cosas desagradables no sexuales, masturbarse previo coito, entre otras.

Con el mismo fin son usadas pomadas anestésicas, preservativos con diferentes sustancias anestésicas, etc.

DIAGNÓSTICO

Es puramente clínico y en su gran mayoría los pacientes lo exponen claramente en el motivo de la consulta.

Existen cuestionarios estandarizados, dos de los más conocidos son "Premature Profile" PEP y el "Index of Premature" IPE, que validados al español

se usan como herramienta diagnóstica, pero la historia médica es insustituible en Sexología.

Debemos dejar claro si es primaria, secundaria, anteportas, si tiene o no disfunción eréctil asociada. Así mismo es relevante ver el impacto en la vida personal e interpersonal que ocasionó la patología.

La EP tiene dos elementos de severidad:

- anteportas
- Realizar tratamientos incorrectos o abandono de los mismos. ●

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de la EP es lograr una respuesta eyaculatoria que sea satisfactoria para el paciente y su pareja.

Existen pautas terapéuticas que va a depender del tipo de EP, si tiene o no disfunción eréctil asociada, así como la experiencia del médico tratante.

La evidencia científica más recomendada es tratamiento farmacológico junto a psicoterapia cognitivo conductual.

Es fundamental para el tratamiento contemplar la pareja colaboradora.

Si no se logra una pareja colaboradora al peso de la EP hay que agregarle la carga de la incompreensión, vergüenza, baja autoestima que siente el paciente, pero no es un requisito imprescindible para obtener el éxito del tratamiento.

Existen una amplia gama de intervenciones psicológicas para la EP, que se evaluará en cada caso.

En **Uromax** planteamos tratamiento básicamente en 3 meses, donde le explicamos al paciente los tiempos para que disminuya su ansiedad por resultados inmediatos, eso lo tranquiliza mucho.

Usamos fármacos escalonados así como psicoterapia cognitivo conductual conjuntamente con psicólogo, obteniendo resultados excelentes.

Dejada evolucionar se transforma en una enfermedad crónica con gran repercusión en la vida personal e interpersonal del individuo, así como irremediamente la gran mayoría agregan disfunción sexual eréctil asociada por ansiedad anticipatoria, miedo a no complacer, angustia, estrés, lo cual lleva a evitar las relaciones sexuales, con el impacto negativo que eso conlleva para su persona. ●

Paroxet

paroxetina



PAROXETINA EN EYACULACIÓN PRECOZ



LA PAROXETINA ES CONSIDERADA DE PRIMERA ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ, SIENDO MÁS EFECTIVA EN COMPARACIÓN CON OTROS ISRSs



LA PAROXETINA ES SEGURA Y EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON EYACULACIÓN PRECOZ



VIVE

A LA VELOCIDAD QUE TU QUIERAS

La solución definitiva de la eyaculación precoz



UROMAX
CLÍNICA URO/SEXOLÓGICA
En todo el país

www.uromax.com.uy

UROMAX clinicabalatti@gmail.com

Avances médicos contra la disfunción eréctil



Dr. Antonio Balatti / Sexólogo Clínico

Introducción

Las ondas de choque de baja energía son un novedoso y eficaz tratamiento para pacientes con disfunción eréctil de origen vascular.

En 2013, las Guidelines de la Asociación Europea de Urología indicaban: las ondas de choque de baja energía tienen efectos muy beneficiosos en pacientes con disfunción eréctil vascular. En 2015, los nuevos estudios nos demuestran que las ondas de choque son eficaces en pacientes con disfunción eréctil y están aquí para quedarse.

Qué son las ondas de choque

Son ondas de presión de baja intensidad y frecuencia que se desplazan a través de un medio, a la velocidad del sonido. A nivel médico, se utilizan desde 1980 para la fragmentación de los cálculos renales y uretrales.

La terapia con ondas de choque lineal es una forma no invasiva, indolora, sin complicaciones, que se realiza en el mismo consultorio médico. Las ondas de choque empleadas en disfunción eréctil son de baja energía, diferentes a las empleadas para la fragmentación de cálculos (alta intensidad).

Ondas de choque en disfunción eréctil

El origen de aplicar ondas de choque en los cuerpos cavernosos deriva de estudios animales en los que la energía se aplicaba al miocardio de cerdos mejorando la isquemia que inducía la disfunción cardíaca.

Múltiples estudios han demostrado que las ondas de choque favorecen la **Angiogenesis**, formación de nuevas arterias a nivel pélvico y cavernoso, y aumentan el porcentaje de las fibras de músculo liso, mejorando significativamente el flujo sanguíneo y por ende la erección.

El mayor beneficio se observa luego de 4 semanas después de terminar el tratamiento.





En pacientes con Enfermedad de Peyronie las ondas de choque mejoran el dolor y la erección actuando sobre la placa de fibrosis y sobre el tejido eréctil.

Las ondas de choque de baja energía podrían tener un efecto curativo en pacientes con disfunción eréctil vascular, al actuar en la génesis de la patología (falta de flujo y fibrosis).

Efectos biológicos de las ondas de choque

Vasculares (neoangiogénesis (nuevos vasos sanguíneos) Potencian los mecanismos relajadores del endotelio vascular, estimulan el almacenamiento de sangre en cuerpos cavernosos.

Celulares (aumento y liberación de los factores de crecimiento y estimulación de la diferenciación de las células mesenquimales) Propiedad antifibrotica. Bioquímicos (incremento de secreción de **no** (óxido nítrico, principal mediador vasodilatador cavernoso)

¿Cómo se aplican las Ondas de choque?

Existen diferentes protocolos para su utilización, no habiendo un consenso general para ello.

Los últimos estudios refieren que a mayor número de sesiones mejores resultados.

En nuestra clínica **Uromax** (Uruguay) lo utilizamos desde el año 2015 para pacientes con disfunción eréctil de causa vascular, diagnosticados a través de una historia clínica y un examen minucioso, confirmado objetivamente el origen vascular mediante

Ecografía doppler color.

En UroMax disponemos del único equipo del país, un moderno equipo ARES ED, que permite aplicar ondas de choque de baja energía a la profundidad e intensidad deseada, según el objetivo planteado en cada caso.

Las ondas de choque se aplican directamente sobre el pene sin necesidad de anestesia. Cada se-

sión tiene una duración aproximada de 25 minutos y al acabar el paciente se marcha a su casa.

Las ondas de choque son efectivas cuando la causa de la disfunción es vascular exclusivamente, no tiene beneficios en causa psicógena, neurológica, hormonal entre otras.

Nuestra Experiencia

Como dijimos antes, en nuestra clínica **Uromax**, las utilizamos desde octubre del 2015 en pacientes con DE vascular con resultados muy alentadores, obteniendo resultados favorables en un 70% de los casos que comienzan a objetivarse luego de la 3^{era} semana de terminado el tratamiento.

Muchos hombres que necesitaban tomar pastillas para tener buenas erecciones han recuperado las mismas sin necesidad de tomar nada vía oral, tras el tratamiento con ondas de choque. ●

RESUMEN

- Las ondas de choque de baja energía mejoran la entrada y el almacenamiento de sangre en el pene, a través de la angiogénesis.
- En varones con problemas de erección vascular mejoran de una manera significativa la erección y rigidez peneana.
- Mejoran las erecciones espontáneas o éstas reaparecen, con la consiguiente disminución de la fibrosis.
- No ocasionan dolor, no producen efectos adversos, se realiza de forma ambulatoria.
- Aumenta las fibras del músculo liso cavernoso, favoreciendo la vaso dilatación.
- Los beneficios se ven exclusivamente en pacientes con disfunción eréctil vascular.
- Pacientes que no respondían al tratamiento vía oral se hacen respondedores, otros bajan significativamente la dosis, incluso muchos dejan de tomar proerectógenos. ●

Enfermedades de la próstata



Dr. Marcelo Ferreira / Urólogo



Introducción

En este artículo queremos intentar aclarar las diversas patologías que afectan la próstata. La importancia radica en la alta frecuencia con que la próstata se enferma, la diversidad de estas enfermedades y los temores que generan en nuestros pacientes. No queremos aburrir con largas descripciones anatómicas de la próstata, pero si recordar que en su centro transcurre la uretra y en forma simplificada definir dos zonas con características distin-

tas: la zona Transicional que rodea la uretra y la zona Periférica alejada de la uretra.

Esta división tiene valor clínico ya que en cada uno de estos sectores se originan patologías diferentes, en la zona Transicional se originan los adenomas de próstata y en la zona periférica la mayoría de los cánceres de próstata. Analizaremos más adelante las características de cada una de ellas, ambas son muy frecuentes y lo más grave no

siempre son diferenciadas por el paciente, lo que genera angustia y temor. Insistimos en este punto ya que los términos médicos como hiperplasia benigna de la próstata (HPB), adenoma, tumor benigno, agrandamiento de la próstata, si bien todos remarcan el carácter benigno de la enfermedad, debemos asegurarnos, que el paciente reconozca que es una enfermedad distinta al cáncer.

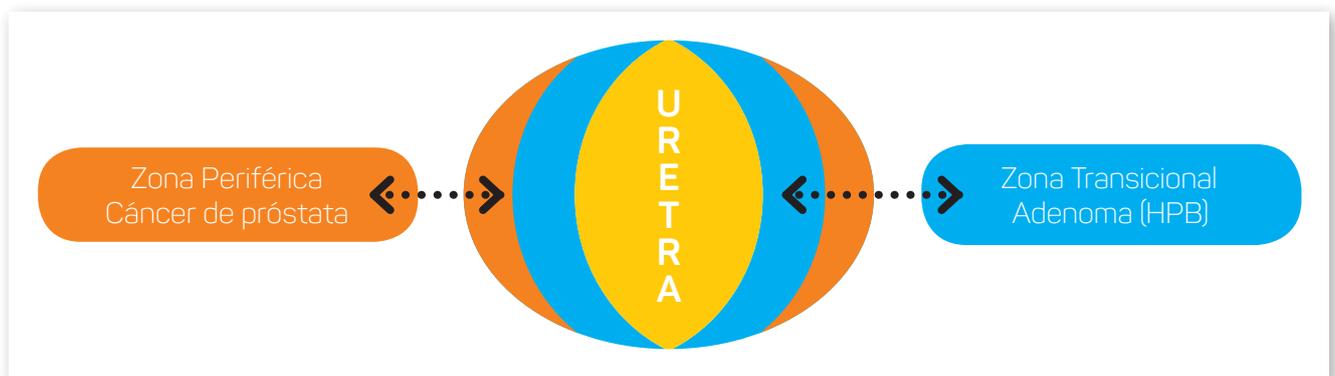


Fig.1 división anatómica-patológica de la próstata

Además del adenoma y el cáncer, existen otras enfermedades como las Prostatitis y la Prostatodonia, entre otras.

Hiperplasia benigna de próstata o Adenoma

Ya en el siglo XVI el médico veneciano Nicolo Ulassa describió los trastornos urinarios en el adulto mayor como causa primordial de origen prostático, pero recién en el siglo XIX Virchow y Morgagni, definieron mejor el concepto anatomopatológico de la hiperplasia prostática.

Si analizamos su prevalencia histológica o clínica está presente en el 80 % de los hombres mayores de 70 años, y aumenta con la edad. Pero solo el 40 % de ellos presentarán síntomas y menos del 25 % requerirán cirugía por esta causa.

Es un crecimiento del tejido fibromiomatoso y glandular a la vez, y se produciría por un desequilibrio androgénico-estrógeno que ocurre en el hombre mayor. Este desequilibrio genera una acumulación de tejido en la zona transicional dando origen al ade-

nomia. Como vemos es un crecimiento de todos los componentes de la glándula, y esto explica los enfoques terapéuticos farmacológicos para tratar al HPB. El tejido glandular se hipertrofia por acción de la testosterona, que ingresa a la célula prostática y es convertida en dihirotesterona, por acción de la enzima 5 alfa reductasa, existen fármacos inhibidores de esta enzima que bloquean la acción androgénica a nivel prostático sin modificar los niveles de testosterona en sangre. Estos fármacos se utilizan solos o en combinación con otros para tratar la HPB.

El músculo liso y el intersticio prostático son ricos en receptores alfa-adrenérgicos, los fármacos alfa-bloqueantes disminuyen el tono muscular y generan mejoría sintomática significativa, siendo este grupo de fármacos los más usados para tratar la HPB. El sector donde se origina este crecimiento determina la distorsión de la uretra prostática y las alteraciones miccionales, con fines prácticos los dividimos en de Reservorio y de Vaciado. Los de Vaciado se ponen de manifiesto

cuando el paciente orina: disuria, chorro fino, goteo, dolor miccional, este último poco frecuente y debe alertar a complicaciones como infección o litiasis.

Los de Reservorio son síntomas que se evidencian en los periodos entre las micciones, urgencia miccional, incontinencia por urgencia, poliaquiuria, etc.

Esto está determinado por la obstrucción de la uretra y por los cambios que la obstrucción genera en el músculo vesical.

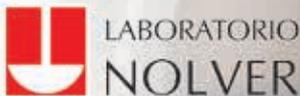
Esta patología tiene generalmente un carácter progresivo lento, meses o años, lo cual genera acostumbamiento del paciente a los síntomas, pero no está exenta de complicaciones, de ellas destacamos la retención de orina, hematuria, infección, litiasis vesicales e incluso insuficiencia renal. Esto obliga a investigar los síntomas miccionales en todo paciente mayor de 60 años y frente a dudas complementar la valoración con exámenes paraclínicos o la derivación al Urologo. En otro artículo de esta revista definimos la utilidad del PSA.



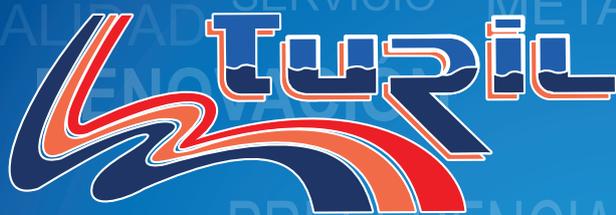
¿Cansado de ir al baño varias veces en la noche?

La Hiperplasia Prostática Beninga (HPB) es una patología frecuente en los adultos, ya que **afecta al 50-80% de los hombres** de entre 40 y 80 años de edad.

Consultá por el tratamiento de Nolver para HPB con tu médico.



La calidad como garantía.



Lo más importante es Usted



AHORA
TUDO + fácil
TUDO + rápido

Compre su pasaje
ONLINE

y lo paga con Visa, Master, Lider, Diners
en tu Abitab o Redpagos más cercano

WWW.TURIL.COM.UY

SEGUINOS
TURIL S.A.



WWW.TURIL.COM.UY

El diagnóstico de HPB es clínico, y se confirma con el Tacto Rectal que evidencia el aumento del tamaño prostático. Es de gran utilidad la ecografía como método inocuo que puede evaluar la presencia de complicaciones como litiasis, dilatación de cavidades, residuo post-miccional significativo o enfermedades concomitantes asintomáticas como litiasis renales e incluso tumores renales.

El tratamiento depende de la intensidad de los síntomas, la edad del paciente, la presencia de complicaciones, de primera línea se utilizan los tratamientos farmacológicos ya analizados alfa-bloqueantes o inhibidores de la 5 alfa reductasa. En ambos casos el tratamiento es a permanencia ya que de suspenderse la sintomatología retorna. Capítulo aparte son las fitoterapias, dedicaremos un artículo a ello ya que son una opción válida.

La cirugía se reserva para la fallas al tratamiento médico o en caso de complicaciones, existen diversas técnicas para simplificar, decir que todas buscan remover solo el tejido adenomatoso, por lo cual queda próstata remanente y en ella se puede desarrollar un cáncer. Este concepto es importante porque muchos pacientes operados de próstata piensan que no tienen más la glándula y no se controlan. Las técnicas se dividen en mínimamente invasiva sin incisión utilizando el conducto uretral para retirar el tejido adenomatoso, técnica conocida como RTU (resección transuretral) con diversas técnicas donde cambia la fuente de energía que se utiliza (corriente corte, láser verde, etc.).

Por último la cirugía abierta mediante incisión infra umbilical técnica conocida como ATV (adenomectomiá transvesical). La

decisión de la técnica a utilizar depende de varios factores, de ellos destacamos la edad del paciente y el tamaño de la próstata.

Neoplasma de próstata

Sin dudas uno de los temas más difíciles de poder simplificar es el cáncer de próstata, ya que es una enfermedad heterogénea en sí misma y compleja en todas sus etapas desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Su prevalencia e incidencia histológica es del 40 % a los 60 años y aumenta con la edad llegando al 80 % a los 80 años. En forma similar a lo que pasa con la HPB, esta incidencia histológica no se traduce en prevalencia clínica 10-20 % y menos aún en mortalidad 3-6 %.

Esta heterogeneidad biológica del cáncer de próstata lo discutimos en profundidad en el artículo sobre PSA.

Como analizamos en él, la gran mayoría de los cánceres de próstata se originan en la zona periférica, alejados de la uretra por lo cual no son comunes los síntomas en las etapas iniciales de la enfermedad, de ahí la importancia de su pesquisa aunque como ya analizamos en el tema del PSA esto es controversial también. De todas formas aún en el siglo XXI el 10 % de los tumores de próstata se presentan con enfermedad metastásica sintomática, con consecuencias devastadoras para la calidad de vida de nuestros pacientes. De los síntomas generales los dolores óseos son por lejos la forma clásica de presentación, otras menos frecuentes son adelgazamiento, hematuria, etc. El tacto rectal detecta más del 90 % de los tumores de próstata.

Frente a la sospecha bioquímica (PSA) o clínica (TR y síntomas)

requiere la realización de una biopsia de próstata, ésta nos confirma el diagnóstico así como el tipo histológico, importante predictor del potencial biológico.

Luego del diagnóstico en forma precoz, la decisión de tratamiento es una de las situaciones más complejas de la urología no existiendo una receta que pueda ser aplicable a todos los pacientes ya que puede ir desde una conducta expectante (control), a tratamientos agresivos como la cirugía radical. Este punto lo analizamos en el artículo del PSA.

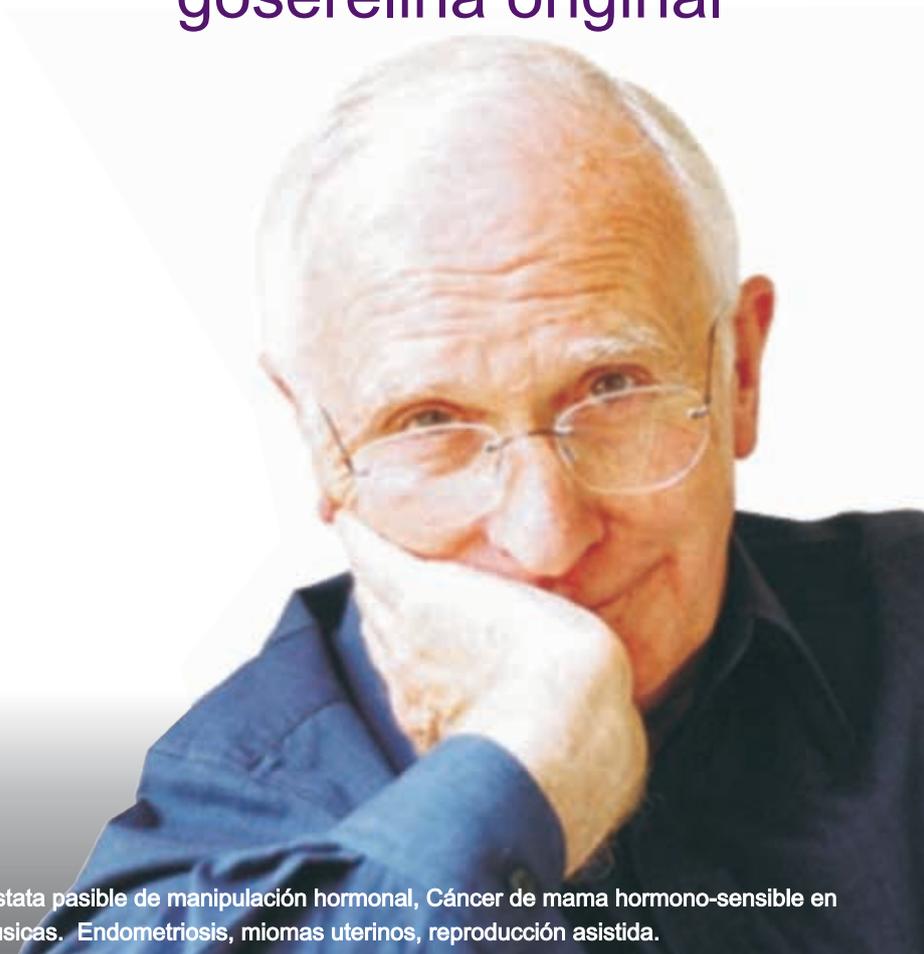
Lo que si queremos diferenciar es que en la cirugía por cáncer se retira toda la próstata, no solo una parte como en el caso de HPB, esto es importante ya que las consecuencias de esta cirugía (incontinencia y DSE), son significativas y afectan la calidad de vida de nuestros pacientes.

Se puede realizar por vía convencional o por vía laparoscópica con o sin robot. Las vías de abordaje dependen de la disponibilidad, experiencia, tipo de tumor y otras variables. Pero como concepto general decir que la vía abierta sigue siendo hasta el día de hoy la más utilizada y según los tratados urológicos más importantes del mundo el Gold Standard.

La radioterapia es una opción válida a la cirugía con sus ventajas y restricciones, escapa el objetivo de este artículo el evaluar las opciones de tratamiento de un tema tan complejo como el cáncer de próstata. ●

Zoladex[®]

goserelina original



Agonista LHRH aprobado en : Cáncer de próstata pasible de manipulación hormonal, Cáncer de mama hormono-sensible en pacientes pre y perimenopáusicas. Endometriosis, miomas uterinos, reproducción asistida.

SafeSystem[®]

Sistema de protección al profesional de la salud en la manipulación del producto. Es versátil y facilita la aceptación de sus pacientes por su sencilla y segura aplicación.

Antes de aplicarlo



Después de aplicado



Si usted tiene alguna consulta sobre nuestros productos o requiere reportar algún efecto adverso, comuníquese al: **0800 8617**

Andropausia

Síndrome de irritabilidad masculina - Grumpy man



Dr. Antonio Balatti / Sexólogo Clínico

Introducción

Lo incluimos en esta edición por su importancia ya que ha modificado la práctica uro-sexológica en los últimos años, volviendo hacer real la frase de "se encuentra lo que se busca y se busca lo que se sabe", una vez que estamos atentos a sus síntomas su prevalencia puede llegar a más del 50 % de los hombres mayores de 40 años y su tratamiento mejora notoriamente la calidad de vida de nuestros pacientes.

Andropausia es el término con el cual se definen los cambios hormonales (disminución de la testosterona) que tiene lugar en los hombres de edad media, relacionado con el proceso de envejecimiento.

Esto provoca modificaciones en la esfera sexual (disminución del deseo, pérdida de erecciones) depresión, irritabilidad, disminución de la capacidad de concentración y memoria y desmineralización ósea.

Define un cuadro clínico específico que impacta negativamente en la calidad de vida de los hombres: Síndrome de irritabilidad Masculina (Grumpy man).

El síndrome de irritabilidad masculina es un estado depresivo que afecta a los hombres alrededor de los 40 - 45 años, pero puede verse a cualquier edad, donde el hombre se siente con

falta de energía, poca motivación, disminución del deseo sexual, diferentes grados de disfunción eréctil, muy irritable, ira, cólera, malhumorado, agresividad injustificada que luego de su actitud agresiva es típico que se arrepienta y reconozca su mal actuar, de ahí lo de Grumpy Man (hombre gruñón).

Cada vez es más frecuente pero pocas veces se diagnostica o se lo hace luego de padecerlo durante un largo periodo de tiempo, lo cual repercute en la calidad de vida del hombre su pareja y su entorno.





A que síntomas debo estar atento

Cuadro depresivo dado se nota irritable sin una justa causa, frustrado, impaciente, acusador, no puede controlar la agresividad, cansado, ansioso, típico el no perdonar, debilidad muscular, chatura afectiva con cara de piedra.

Puede aferrarse al consumo de alcohol, tabaco y automedicación para ir "llevando el problema".

Presenta un desinterés progresivo por su vida sexual, con ciertos grados de disfunción eréctil, siendo característica la disminución o ausencia de erecciones espontáneas matinales. Alteraciones en la eyaculación con retardo de la misma.

Deja de realizar actividades sociales, salida con amigos, reuniones, etc., se refugia en la casa a mirar televisión, molestándose mucho si lo interrumpen.

En lo físico pérdida de masa muscular magra, con acumulación de tejido graso en el abdomen, aumento de grasa en región púbica,

aumento glándula mamaria entre otros.

Cuál es la causa

Se debe a una disminución progresiva de la secreción de testosterona por las células de Leyding de los testículos. La acción preponderante de la testosterona es la de ser responsable de los caracteres sexuales secundarios masculinos y tener efecto anabolizante para aumentar la masa muscular.

El 95% de la testosterona circula unida a proteínas (globulina fijadoras de hormonas sexuales -SHBG) solo un 2 a 3% permanece libre, la cual es la porción biológicamente activa.

Existe con los años un descenso normal en la producción de testosterona que se estima en un 1% anual , pero que en muchos hombres se da más intenso, precoz y rápido , influye en ello, además de la carga genética, el estrés psicofísico al que están sometidos muchos hombres, se ha visto que las presiones laborales, separaciones, accidentes, muchas horas de trabajo, entre

otros, son factores que favorecen este estado.

A su vez el estrés, cansancio psicofísico, aumenta la producción de la hormona prolactina que es un competidor por los receptores de testosterona, haciendo que ésta pierda también sitios en los cuales debe actuar para cumplir su función, exacerbando los síntomas y estos a su vez mayor estrés, transformándose en un círculo vicioso y perjudicando la calidad de vida del hombre, donde lo sexual es muy evidente lo cual deteriora de forma progresiva la autoestima del hombre, el cual entra en un estado depresivo importante.

Fármacos que aumentan la prolactina

Antidepresivos tricíclicos

Fenotiacinas

Haloperidol

Metildopa

Heroína

Cimetidina

Metoclopramid,

Reserpina

Calcitonina

Qué pasa con la pareja y en lo laboral

Es un estado de ánimo muy difícil de llevar por parte de la pareja y amarga mucho a quien lo padece. Muchos hombres son capaces de darse cuenta en el estado psíquico que se encuentran pero no son capaces de controlarlo.

Encuentran la vida poco placentera y sin sentido.

Si a este estado del hombre le agregamos la coincidencia de la menopausia de la mujer **el fracaso de la pareja es la regla.**

Repercute negativamente en lo laboral, en la relación con los demás, así como en su rendimiento y generación de conflictos permanentes.

Qué debo hacer

Conocer los síntomas nos permite a los médicos, sobre todo los del primer nivel de atención,

realizar un diagnóstico precoz, lo cual es fundamental para realizar un tratamiento correcto evitando así el deterioro de su autoestima y relaciones sociales.

Como lo diagnostico

El profesional que conozca el tema deberá luego de un minucioso interrogatorio y examen físico, solicitar valoración con exámenes de sangre dosificando los niveles de testosterona total y libre y si lo dispone de testosterona biodisponible.

Si se confirma niveles bajos de la misma, se deberá dosificar los niveles de LH y FSH para clarificar si el trastorno hipo-gonádico es primario o secundario, es decir en la producción a nivel testicular, o falta de estímulo desde niveles superiores cerebrales, hipotálamo - hipofisario, así como los niveles de **prolactina.**

Cual es el tratamiento

Confirmado el diagnóstico se

debe valorar la administración, por las diferentes vías, de testosterona, valorando en cada paciente cual es la más indicada en cada caso.

Para ello es imprescindible la valoración del paciente por urólogo tratante, el cual debe evaluar el estado de la próstata mediante PSA -[antígeno prostático específico]- y tacto rectal, siendo esto último de gran valor realizado por urólogo experimentado.

Descartar cáncer de próstata, que contraindica el tratamiento de reposición, debe ser una premisa.

Si bien la testosterona no produce cáncer de próstata puede activar o hacer evidente un cáncer de próstata desconocido.

La reposición de testosterona va depender de la valoración urológica previa, y su autorización. ●

CONCLUSIONES

La andropausia involucra síntomas físicos, sexuales y psicológicos.

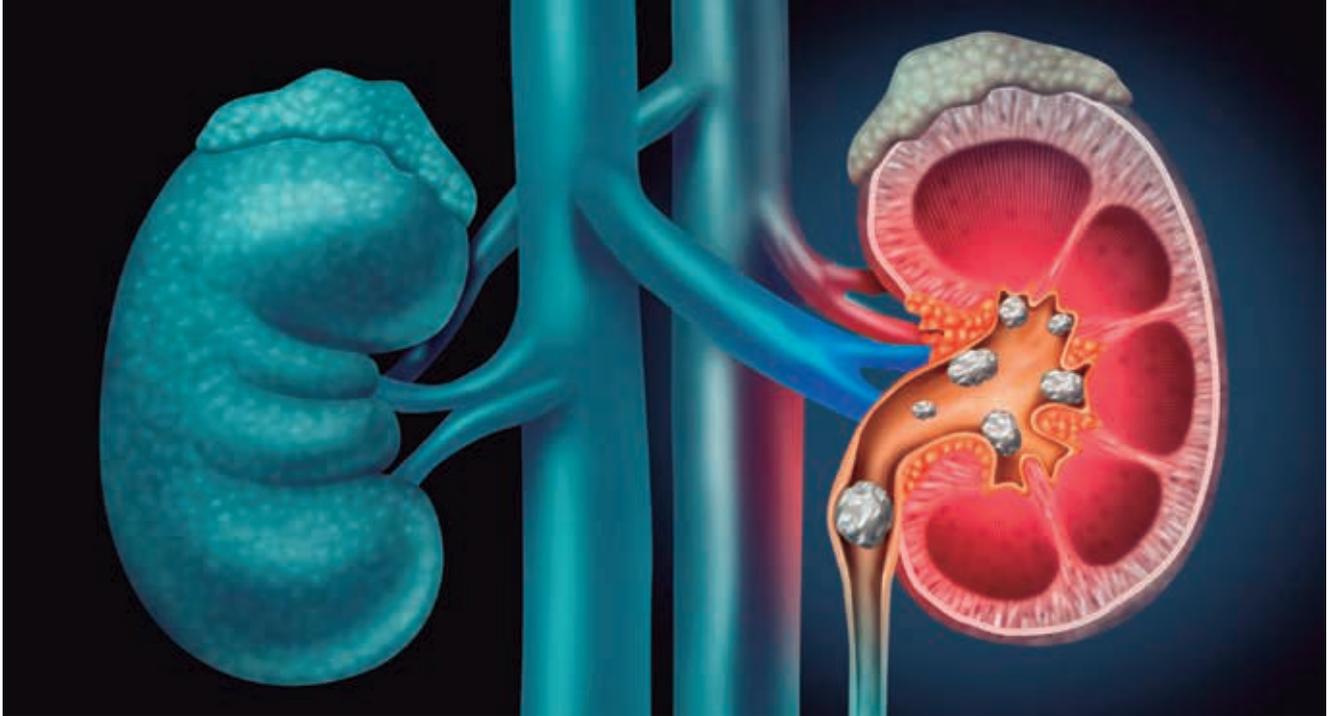
Es característico un cuadro depresivo progresivo acompañado de cambios físicos.

Realizar un diagnóstico **sexológico** correcto y valoración **urológica** adecuada permite tratar el problema con excelentes resultados.

Identificar la causa del hipogonadismo, primario o secundario, nos permite tratar la causa de fondo.

La reposición hormonal alivia eficazmente los síntomas y signos físicos, así como mejora sustancialmente la calidad de vida sexual, laboral y de pareja.

Realizar seguimiento con examen de PSA, hemograma, perfil lipídico y crisis sanguínea cada 6 meses. ●



Litiasis Renal



Dr. Marcelo Ferreira / Urólogo

Introducción

Dado su alta incidencia (6-12 %), la litiasis renal es consulta frecuente en la práctica médica diaria, tanto en su forma de cólico nefrítico como en sus formas menos sintomáticas. Existen algunos conceptos que pueden ayudar en el manejo de esta entidad.

No pretendemos extendernos en los procesos de formación de las litiasis renales ni en su fisiopatología, solo haremos referencia a conceptos que tienen utilidad clínica.

Tipos de cálculos renales

La orina tiene como una de sus funciones la de eliminar distintas sales (ácido úrico y oxalato de calcio, son el 80 % de las litiasis), su capacidad es limitada, si se excede esta capacidad las sales precipitan dando inicio a la formación de una litiasis.

Esta capacidad de dilución se ve afectada por un aumento de la concentración de estas sales o la disminución del líquido o inhibidores de la cristalización.

Existe una variedad de litiasis, fosfato amonio magnesio que suelen ser voluminosas, adquirir la forma de las cavidades renales (coraliformes), que están

asociadas a infección urinaria por gérmenes que desdoblán la urea (Proteus, variedades de E. Coli).

En otros casos menos frecuentes (1 % de las litiasis) existe una alteración genética que determina la eliminación excesiva de aminoácidos en la orina, de ellos la cistina es la que forma cálculos, éstos casos son frecuentes en los niños.

La eliminación excesiva de sustratos (calcio, ácido úrico, oxalato, etc.) en muchos casos puede estar asociada a la dieta, pero en otros casos existe un trastorno metabólico, de ellos queremos destacar los del metabolismo fósforo-calcio.

En estos casos existe una eliminación excesiva de calcio en orina (calciuria 24 horas), esta eliminación tiene tres causas probables: aumento de la absorción de calcio intestinal, reabsorción excesiva de calcio del hueso o una eliminación renal excesiva. Estas tres causas, intestinal, metabólica o renal se dividen por tercios los casos de hipercalciuria.

Nos extendimos en las causas de calciuria para ver lo complejo que puede ser el tema y como una medida muy difundida para la prevención de litiasis, como es la restricción del consumo de calcio (lácteos en especial), es peligrosa ya que solo favorece

a un tercio de los pacientes, no mejora al resto quienes tienen un riesgo aumentado de osteoporosis. Solo para terminar este punto, la recomendación es la ingesta normal de calcio de aprox. 1000 mg/día (equivalente a un litro de leche o 150 gramos de queso fresco).

En otros casos el problema no es el calcio sino el oxalato o el ácido úrico y las recomendaciones dietéticas también cambian.

Prevención

Podemos afirmar que las únicas recomendaciones que se ajustan a todas las litiasis son el consumo de 2-3 litros de agua por día y el consumo de citrato, inhibidor de todos los tipos de litiasis. El resto de las recomendaciones deberán ajustarse a cada caso en especial.

En las tablas 1 y 2 mencionamos los alimentos ricos en **calcio** y **oxalato**.

Alimento cada 100 gr	Oxalato (mg)
Espinaca, acelga	750
Remolacha	675
Cacao en polvo	620
Morrón	420
Frutos secos	190
Chocolates	120
Café, Te	40

Tabla 1 - Alimentos ricos en oxalatos.

Alimento cada 100 gr	Calcio (mg)
Queso parmesano	1200
Queso Dambo, Roquefort	800
Almendras	240
Yogurt	180
Leche	130
Espinaca, acelga	100
Nueces, aceitunas	70

Tabla 2 - Alimentos ricos en calcio.

Mencionamos al citrato como el único inhibidor natural de todas las litiasis aumentando el poder de solubilidad de la orina. Existen diversas presentaciones comerciales de citrato de potasio, en los alimentos se encuentra en los cítricos fundamentalmente.

En cuanto al ácido úrico, dado que su eliminación es renal, los excesos dietéticos sobrecargan el sistema de eliminación, siendo las trasgresiones dietéticas causas comunes de cólicos nefríticos, dado que el mecanismo de formación de cálculos úricos puede ser muy intenso y el mismo está presente en diversos alimentos y bebidas. Incluimos en la tabla 3 los alimentos no recomendados por su alto contenido de purinas.

Alimentos con alto contenido de purinas
Carnes grasas y vísceras de animales
Fiambres y Embutidos
Mariscos
Bebidas Alcohólicas, Cerveza en especial
Legumbres: porotos, lentejas

Como vemos, cada caso se ajustará a la composición de la litiasis, de ahí la importancia del estudio de la misma si el paciente la recupera.

Si bien es un tema que puede ser complejo, el pilar terapéutico es saber qué tipo de litiasis tiene nuestro paciente, o derivarlo al especialista para que investigue su origen. Si no se realiza un tratamiento preventivo la regla es la recidiva. ●



Antrofi

promestrieno

La Terapia Hormonal Tópica con efecto exclusivamente local

- Seguridad con el menor riesgo de efectos hormonales sistémicos.
- Garantía de extrema comodidad e higiene en cada aplicación.
- Único con Tecnología Cosmética Polawax.
- Aplicadores descartables.





Utilidad clínica del PSA en el siglo XXI



Dr. Marcelo Ferreira / Urólogo

Descubierto en la década de los 80 por Richard Ablin en la universidad de Arizona, el PSA o antígeno prostático específico es sin dudas, el test más usado en el mundo para el diagnóstico de cáncer de próstata.

Se trata de una proteína producida por las células prostáticas normales y tumorales. Es un componente normal del líquido seminal y en condiciones habituales su pasaje a la sangre es ínfimo.

En presencia de alteraciones de la arquitectura de la próstata este pasaje a la sangre aumenta, pero el estudio de por sí, no puede hacer diagnóstico de la causa de este aumento.

Otras alteraciones de la próstata como el adenoma y las prostatitis pueden aumentar los niveles sanguíneos del PSA.

En suma: el PSA es próstata específico pero no cáncer específico.

Se han ideado estrategias para mejorar el valor predictivo positivo del PSA para el diagnóstico de cáncer, una de las más difundidas es el ajuste de sus valores a la edad del paciente, el uso de formas moleculares del PSA como la relación libre sobre total, etc.

Es claro que su uso aislado tiene muy escaso valor y debería complementarse siempre con el

tacto rectal. Debemos recordar que hasta un 25 % de los cánceres de próstata precoces se presentan con PSA normales.

Desde su descubrimiento su uso fue recomendado por más de 3 décadas, en la certeza que podría detectar precozmente y por ende curar el cáncer de próstata. Este concepto ampliamente difundido entre médicos y pacientes, llevo a su uso masivo. Pero a los problemas que ya hemos analizado se suma otro que el propio Dr. Ablin analiza: "Como he intentado aclarar todos estos años, la prueba de PSA no puede detectar si una persona tiene cáncer de próstata y lo que es más importante, no puede distinguir entre dos tipos de cáncer de

próstata el que puede provocar la muerte y el que no”

Este punto es crucial ya que la variabilidad biológica del cáncer de próstata es amplia y su presencia en forma indolente es muy frecuente, se estima que el 40 % de los hombres mayores de 60 años tienen focos histológicos de cáncer de próstata y solo el 10 % desarrollarán una enfermedad clínica. Este hecho marca la posibilidad de sobre diagnóstico y por ende de sobre tratamiento con las consecuencias sobre la calidad de vida de nuestros pacientes. Lo anteriormente expuesto sumado a los costos y riesgos de los estudios diagnósticos, llevó a que las principales sociedades científicas del mundo no recomienden más su uso de forma indiscriminada.

La recomendación actual de la mayoría de los expertos es que el estudio se realice a pacientes con riesgo aumentado de cáncer de próstata: antecedentes familiares de cáncer de prós-

tata, afro-descendientes y en aquellos pacientes que quieran hacerse un chequeo, previa información con su urólogo de los riesgos y beneficios del estudio.

Es importante repetir el concepto de la ausencia de especificidad para el cáncer, la necesidad de una biopsia de próstata en caso de valores alterados y el riesgo del diagnóstico de un cáncer indolente, deberían ser advertidos a todos los pacientes que desean hacer un PSA.

Claves del uso clínico del PSA
No es cáncer específico.
Su uso ya no se recomienda en forma indiscriminada.
Los tumores de próstata tienen un comportamiento variable, el PSA no sirve para diferenciarlos.

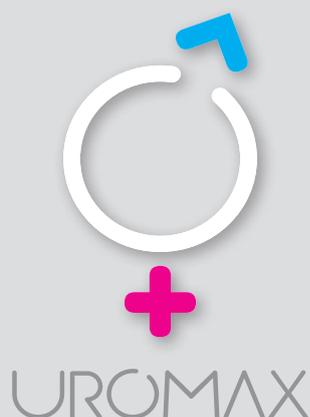
Los nuevos avances en el diagnóstico del cáncer de próstata

están dirigidos a identificar los tumores agresivos. Recordamos que el cáncer de próstata es multifocal, o sea se genera en distintos sectores de la próstata en forma concomitante y estos focos son calificados según el grado de alteración del patrón histológico del 1 al 5, donde en el 1 los cambios son mínimos con respecto al tejido normal y el 5 son cambios anárquicos acentuados, la suma de los dos focos predominantes determina el Gleason que puede ser del 5-10, este score es el mayor predictor actual del potencial biológico, sabemos que los tumores 5 son poco agresivos y lo 10 muy agresivos. Se estudian otros marcadores tumorales, mutaciones genéticas, resonancia magnética, sin dudas el desafío actual es diferenciar los tumores agresivos de los indolentes.

Hasta tanto esto no pueda definirse con claridad la recomendación es no abusar del uso del PSA. ●



Eurofarma



staff

Dirección y Coordinación

Dr. Antonio Balatti Gabrielli
Dr. Marcelo Ferreira Paggiola

Editor

Equipo técnico de Uromax
clinicabalatti@gmail.com

UROMAX REVISTA

Distribución Gratuita
USO EXCLUSIVO MEDICO
Año 2- N° 4
Junio 2018

Diseño Gráfico y diagramación

José Prieto D/G

www.prieto.com.uy

Impresión

Ed. Tasil Ltda./Rojo Prod.
Edición amparada
al decreto 218/996
Depósito legal 373.659

Publicación declarada de interés departamental. Los contenidos de las notas de colaboradores son de responsabilidad de su autor. Prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos de ésta publicación sin la previa autorización por escrito de la Dirección.

Quienes somos

Por el mejor camino.

Uromax es una empresa nacional pionera en innovación para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías uro-sexológicas, brindando un tratamiento humano de calidad.

Para lograr este cometido, no solo contamos con profesionales capacitados en las distintas áreas, sino también con equipos de última generación utilizados en las mejores clínicas del mundo.

Nuestra búsqueda constante de mejores servicios nos lleva a la inversión en tecnología y capacitación de alto nivel de nuestros profesionales.

Somos una empresa joven, pujante, que tiene como fin único mejorar la asistencia de nuestros pacientes, insistiendo en la prevención primaria.

En esta etapa, queremos ofrecer a todos los médicos del primer nivel de salud la posibilidad de contar con nuestro apoyo, ya que estamos presentes en todo el territorio nacional y convencidos que el trabajo en equipo es el mejor camino. ●





Todo momento es el momento oportuno.

La **Tal** solución

Consultá por el tratamiento de:





LA PASIÓN NO TIENE EDAD

**Eres diabético o has tenido
una cirugía de próstata,
tu problema sexual tiene solución.**

No estas solo, nos importa
tu salud uro-sexológica.



UROMAX
CLÍNICA URO/SEXOLÓGICA
En todo el país

www.uromax.com.uy

UROMAX clinicabalatti@gmail.com

Solución definitiva para la disfunción sexual vascular.

RECUPERE SU SALUD SEXUAL



ONDAS DE CHOQUE BAJA INTENSIDAD
Indoloro, Ambulatorio, Efectivo y Seguro



UROMAX

CLÍNICA URO/SEXOLÓGICA

En todo el país

www.uromax.com.uy

📞 UROMAX 📧 clinicabalatti@gmail.com