

Junio 2009

Disfunción eréctil en esclerosis sistémica.

Walker UA, Tyndall A, Ruszat R.

Department of Rheumatology, Basel University, Basel, Switzerland.
ulrich.walker@fps-basel.ch

Ann Rheum Dis. 2009 Jul;68(7):1083-5

La disfunción eréctil (DE) se observa hasta en un 81% de los hombres con esclerosis sistémica (CDC) y por lo tanto debe ser considerado una queja común en este trastorno. Considerando que la DE esta frecuentemente asociada con la aterosclerosis en la población general en la que también es un presagio de acontecimientos cardiovasculares, ED tiene una etiología diferente en SSC. En el SSC el flujo sanguíneo del pene se deteriora debido a la proliferación tanto de mioíntima de las pequeñas arterias y la fibrosis corporal. El beneficio clínico en este tipo de pacientes es limitado, la pauta recomendada es a dosis diaria.

Cuando las inyecciones intracavernosa de prostaglandina E1 (alprostadil) no son eficaces, la implantación de una prótesis de pene puede ser considerada. Opciones de tratamiento complejos puede requerir la participación de la urología.

Estatinas y disfunción eréctil: Resultados de caso/control utilizando el sistema de base de datos francesa de farmacovigilancia.

Do C, Huyghe E, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL, Bagheri H.

Drug Saf. 2009;32(7):591-7

Université de Toulouse, UPS, Unité de Pharmacoépidémiologie EA 3696, Faculté de Médecine Purpan, Toulouse, France.

Los Inhibidores de la HMG-CoA reductasa, comúnmente conocidos como estatinas, son ampliamente utilizados en el tratamiento farmacológico de las hiperlipemias. La mayoría de las reacciones adversas a medicamentos (RAM) de las estatinas son

musculares. Otros fármacos que afectan al metabolismo lipídico, los fibratos también presentan reacciones adversas, como la EDi.

La relación entre la ED y la exposición a las estatinas no ha sido claramente establecida, aunque una serie de informes de casos significativos han asociado ED con la exposición a las estatinas. Se pretende investigar la asociación entre la exposición a las estatinas y la incidencia de la disfunción eréctil en el sistema de base de datos de farmacovigilancia francesa. Dentro del sistema de base de datos de farmacovigilancia francesa, el método de caso no se utilizó para medir la desproporción de la combinación entre una estatina y ED. Los casos se definen como los informes correspondientes a los ADR de interés (es decir, ED) y los controles son todos los informes de las ADR que no sea objeto de estudio. El período de estudio fue desde inicios de Enero 1985-diciembre 31, 2006, limitada a los varones de 13-80 años. Se estimó la asociación entre la disfunción eréctil y las estatinas mediante el cálculo de probabilidades de una relación de presentación de informes (ROR) de la exposición a cada droga, con su 95% de confianza (IC). Entre el total de informes espontáneos seleccionados (110 685), la exposición a las estatinas fue identificado en 4471 casos (4%), de los cuales 51 informes (1,1%) se referían ED, mientras que 431 (0,4%) casos de DE se encuentran en los 106 214 informes sin exposición a las estatinas ($p < 0,0001$). La demora media de aparición de la disfunción eréctil después de comenzar las estatinas, fue de 62 días (media 29 días). En el 56,9% de los casos, la recuperación se produjo tras la retirada de la estatina, y la reexposición provocó DE en cinco casos. La asociación fue estadísticamente significativa para todas las estatinas (ajustado ROR [aROR] = 2,4, IC 95% 1,8, 3,3), simvastatina (aROR = 2,6, 1,6, 4,1), atorvastatina (aROR = 3,4, 2,1, 5,4) y rosuvastatina (aROR = 7,1, 2,6, 19,4) [$p < 0,001$ para todos], pero no para pravastatina y fluvastatina. No se encontró ninguna relación entre la aparición de la disfunción eréctil y la dosis diaria o la duración de la exposición a las estatinas (datos no mostrados).

La evaluación de la asociación de otras drogas distintas a las estatinas que se sabe están en riesgo de TCA confirmó una asociación significativa para el finasteride (aROR = 14,5, IC 95% 8,3, 25,4), los fibratos (aROR = 3,6, 2,6, 5,1), los receptores beta-adrenérgicos antagonistas (aROR = 1,5, 1,01, 2,1) y los antidepresivos tricíclicos (aROR = 2,0, 1,2, 3,4) [todos $p < 0,05$]. A pesar de algunas limitaciones metodológicas, el presente estudio sugiere que las estatinas pueden inducir o empeorar ED. Otros estudios de farmacoepidemiología son necesarios para confirmar esta conclusión y para mejorar la precisión de la prevalencia y / o los factores de riesgo de esta ADR.

Estudio prospectivo de la función sexual de los pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado en tratamiento con radioterapia definitiva y el impacto de la radioterapia sobre la función sexual.

Richard Choo³, Jennifer Long², Ross Gray⁴, Gerard Morton¹, Sandra Gardner² and Cyril Danjoux^{1,5}

(1) Department of Radiation Oncology, Odette Cancer Centre, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

(2) Division of Clinical Trials and Epidemiology, Odette Cancer Centre, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

(3) Department of Radiation Oncology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

(4) Division of Supportive Care, Odette Cancer Centre, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

(5) Odette Cancer Centre, 2075 Bayview Avenue, Suite T2-158, Toronto, ON, M4N 3M5, Canada

Received: 18 February 2009 Accepted: 28 May 2009 Published online: 9 June 2009

Objetivo El objetivo de este estudio es evaluar la función sexual de pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado tratados con radioterapia y evaluar prospectivamente el efecto de la radioterapia sobre la función sexual, con el breve inventario de Función Sexual (BSFI).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, aprobado por el comité local de ética de investigación, se llevó a cabo de forma prospectiva. Al inicio del estudio, a los pacientes se les pidió que realizaran una auto-BSFI, junto con otros cuestionarios que describen su condición clínica. Los pacientes con una erección normal al inicio del estudio se les pidió que completaran un seguimiento BSFI a los 6, 12 y 24 meses postradioterapia. Los datos obtenidos se analizaron utilizando el software SAS.

Los resultados del estudio acumularon un total de 117 pacientes. La edad media fue 66 años. Cuarenta y dos pacientes (35,9%) tenían disfunción eréctil (DE) al inicio del estudio. Éstos eran mayores y tomaban medicamentos que afectan a la potencia, en comparación con aquellos con función eréctil normal. Tenían una puntuación media sistemáticamente inferiores en todas las cinco áreas de BSFI y consideraban la actividad sexual de menor importancia. De los 75 pacientes que informaron función eréctil normal al inicio del estudio, 61 completaron un cuestionario de seguimiento BSFI. Entre los 61 pacientes, 52 se sometieron a radioterapia con rayo externo o braquiterapia. Las puntuaciones medias de todos los dominios BSFI disminuyeron después de la radioterapia, lo que sugiere que la radioterapia afecta no sólo la función eréctil, sino también a otros aspectos de la función sexual, incluida la conducta sexual y la eyaculación.

Conclusión: Entre los pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado que se refiere a la disfunción de radioterapia, se presentó DE en un 35,9%. La Radioterapia afectó a todos los aspectos de la función sexual. Palabras clave de la función sexual - Cuestionario - el cáncer de próstata localizado - Radioterapia

Varones tratados para cáncer de próstata localizado. Uso de medidas para DE.

Bergman J, Gore JL, Penson DF, Kwan L, Litwin MS.

Department of Urology (JB, JLG, MSL), Los Angeles, California.

J Urol. 2009 Jun 15. [Epub ahead of print]

OBJETIVO: Se evaluaron las asociaciones entre las características demográficas y clínicas, la calidad de vida de las medidas de resultado y las medidas de apoyo a la DE en hombres tratados por cáncer de próstata localizado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los pacientes tenían cáncer de próstata clínicamente localizado, no tomaron inhibidores al inicio del estudio y se analizaron diferentes procedimientos como la prostatectomía radical (275), radioterapia de haz externo (70) o la braquiterapia (80). Las características de los pacientes y la calidad de los resultados de salud fueron prospectivamente evaluados al inicio y a intervalos regulares de hasta 48 meses después del tratamiento. Los resultados fueron evaluados con el SF-36, el índice de la American Urological Association de los síntomas y UCLA-PCI. Clasificamos el uso de un inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5, supositorios de alprostadil, el tratamiento de inyección del pene o un dispositivo de erección de vacío después de un tratamiento como el uso de ayuda para la erección. Hemos creado un modelo multivariado de referencia con valores demográficos, clínicos y de salud de calidad de vida relacionada con covariables asociadas con el uso de tratamientos para la DE.

RESULTADOS: De los 425 pacientes, 237 (56%) utiliza una ayuda de erección en algún momento durante el período después del tratamiento. En el modelo multivariado de nuestros pacientes tratados con radioterapia externa eran menos propensos a usar una ayuda (OR 0.34, IC 95% 0.16-0.69) que hombres con una limitación sexual importante (OR 2.68, IC 95% 1,37-5,23), o con 1 o más comorbilidades (OR 1.80, IC 95% 1,08-2,93) fueron más propensos a utilizar una ayuda.

CONCLUSIONES: Después de tratamiento para el cáncer de próstata localizado más de la mitad de los hombres usan tratamiento para la DE. Esto es más pronunciado después de la prostatectomía radical y en los hombres con comorbilidad significativa.

Análisis de asociación entre el 5-HTTLPR y polimorfismos en el gen STin2 transportador de serotonina. Respuesta clínica a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (sertralina) en pacientes con eyaculación precoz.

Mohammad Reza Safarinejad

Urology and Nephrology Research centre, Shahid Beheshti University (MC), Tehran, Iran

Correspondence to Mohammad R. Safarinejad, PO Box 19395-1849, Tehran, Iran.
e-mail: safarinejad@unrc.ir

BJU International Published Online: 22 Jun 2009

KEYWORDS

premature ejaculation • polymorphisms • selective serotonin reuptake inhibitors • serotonin transporter • treatment outcome

RESUMEN

Probar la hipótesis de que el polimorfismo en el gen ligado a región polimórfica (5-HTTLPR) y el segundo intrón del gen SLC6A4 (STin2) se asocia con la respuesta a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en pacientes con eyaculación precoz (EP).

PACIENTES Y MÉTODOS

En total, 246 hombres con EP fueron reclutados en este estudio. Se les pidió tomar sertralina de 50 mg al día durante 2 semanas, y después 100 mg al día, durante un período de 12 semanas. Previo al tratamiento de evaluación se incluye la historia y examen físico, el tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria (TLE), y el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF). La eficacia del tratamiento se evaluó mediante las respuestas a IIEF, y geométricos evaluación TLE decir. 5-HTTLPR se genotipo utilizando la reacción en cadena de la polimerasa. Un análisis de medidas repetidas de la varianza de la media geométrica TLE fue hecho para poner a prueba el efecto del genotipo en el resultado del tratamiento con ISRS (sertralina).

RESULTADOS

De 227 participantes que completaron el estudio, 175 (77,1%) respondieron a la sertralina (TLE > 1 min). En general, los pacientes tenían 3,7 veces (intervalo de confianza 95%, IC, 1,72-5,46) aumento de la media geométrica TLE (P = 0,001). Los resultados mostraron que las respuestas fueron significativamente mejores para el LA / LA genotipo del polimorfismo 5-HTTLPR que para S-portadores del alelo (P = 0,001). El STin2 12/12 genotipo se encontró con más frecuencia en aquellos que respondieron a la sertralina que en aquellos que no respondieron (P = 0,001). La probabilidad de que los pacientes que responden suficientemente a la sertralina con un genotipo / LA LA fue más alto (odds ratio 4,66, IC 95%, 2,48-6,14).

CONCLUSIONES

Estos resultados indican que el genotipo de 5-HTT contribuye de manera evidente a la variación en el resultado del tratamiento de la EP con ISRS.

Preservacion del orgasmo independientemente de la disfunción eyaculatoria en pacientes que toman bloqueantes alfa.

K Kobayashi¹, N Masumori¹, R Kato¹, S Hisasue¹, R Furuya² and T Tsukamoto¹

¹Department of Urology, Sapporo Medical University School of Medicine, Sapporo, Japan

²Department of Urology, Furuya Hospital, Kitami, Japan

International Journal of Impotence Research advance online publication
18 June 2009; doi: 10.1038/ijir.2009.27

Received 27 February 2009; Revised 13 May 2009; Accepted 14 May 2009;
Published online 18 June 2009.

Resumen

Se evaluó si la disfunción eyaculatoria inducida con un bloqueante selectivo 1A inflía en el orgasmo. Quince voluntarios sanos varones tomaron fármaco o un placebo en un ensayo aleatorizado, de diseño doble ciego cruzado. Investigamos el volumen de la eyaculación antes y después de la administración de los agentes. Después de cada eyaculación, los participantes reportaban las respuestas a un cuestionario acerca de la molestia en la eyaculación, orgasmo y satisfacción con la eyaculación.

Todos los participantes con silodosin tenían una falta total de emisión seminal y la expulsión. Todos los participantes sintieron el orgasmo a pesar de una falta total de emisión seminal. De los 15, 12 (80%) tenían una sensación un poco incómodo durante el orgasmo y no estaban satisfechos con este sentimiento, aunque 9 de los 12 informaron que su grado era leve. El orgasmo se preserva independientemente de la pérdida de la emisión seminal con la administración de silodosin. Aunque la mayoría de los participantes reportaron una leve molestia durante el orgasmo, estaban muy descontentos con la pérdida de la emisión seminal.

TST y cáncer de próstata. Revision de viejos paradigmas.

Hendrik Isbarn^a, Jehonathan H. Pinthus^b, Leonard S. Marks^c, Francesco Montorsi^d, Alvaro Morales^e, Abraham Morgentaler^f and Claude Schulman^g

^aMartinclinic, Prostate Cancer Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

^bDepartment of Surgery/Urology, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

^cDepartment of Urology, Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles, CA, USA

^dDepartment of Urology, Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy

^eCentre for Applied Urological Research, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

^fBeth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

^gDepartment of Urology, Erasme Hospital, University of Brussels, Belgium

European Urology Volume 56, Issue 1, July 2009, Pages 48-56

Los andrógenos son vitales para el crecimiento y el mantenimiento de la próstata, sin embargo, la noción de que el crecimiento patológico de la próstata, benigna o maligna, puede ser estimulada por los andrógenos es una creencia común, sin base científica. Por lo tanto, las directrices actuales de la terapia con testosterona (TT) parecen ser demasiado restrictiva y debe ser reexaminado.

Objetivo

Revisión de la literatura frente a la posible relación entre la testosterona y el cáncer de próstata (CaP) y resumir los principales aspectos de esta cuestión.

Adquisición de la prueba

Una búsqueda en Medline se llevó a cabo para identificar artículos originales, artículos de revisión y editoriales que aborden la relación entre la testosterona y el riesgo de desarrollo de ACC, así como el impacto de TT en el desarrollo de CaP.

Síntesis de la evidencia

Los niveles de andrógenos séricos, dentro de un rango amplio, no están asociados con el riesgo de CaP. Por el contrario, en el momento del diagnóstico de CaP, bajos niveles de TST se han asociado con mayor agresividad tumoral. La evidencia disponible indica que la TST no aumenta el riesgo de diagnóstico CaP ni afecta a la historia natural del CaP en los hombres que han sido sometidos a un tratamiento definitivo, sin enfermedad residual. Estos resultados pueden explicarse con el modelo de saturación (que dispone que la homeostasis de la próstata es gestionada por un nivel relativamente bajo de la estimulación androgénica) y con la observación de que la administración exógena de testosterona no aumenta significativamente los niveles de andrógenos intraprostáticos en hipogonádicos.

Se reconoció que la literatura sigue siendo limitada en cuanto al efecto del TST en el riesgo de CaP.

No existen estudios controlados y hay una escasez de datos a largo plazo, la literatura disponible argumenta que la TST no aumenta el riesgo de diagnóstico de CaP en el hombre normal, ni causa la reincidencia del cáncer en los hombres que fueron tratados con éxito a PCA. Grandes estudios prospectivos que examinan el efecto a largo plazo de TT son necesarios para corroborar o refutar estas hipótesis.

Mensaje para llevar a casa

Los niveles de testosterona endógena en suero y el tratamiento con testosterona exógena, no se asocian con un mayor riesgo de cáncer de próstata.

Palabras clave: testosterona, andrógenos, cáncer de próstata, el tratamiento de testosterona

Un estudio piloto para determinar la prevalencia del síndrome de deficiencia de testosterona en la población activa de los hombres indios.

Apul Goel¹, Sandeep Kumar², SM Natu³, D Dalela¹, RJ Sinha¹, S Awasthi⁴

Date of Web Publication 24-Jun-2009

Correspondence Address:

Apul Goel

Department of Urology, King George's Medical University, Lucknow-226 003 ,India

Source of Support: None, Conflict of Interest: None

Indian J Urol 2009;25:190-4

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de déficit de testosterona (TDS) en hombres sanos de la India de una edad superior a 40 años.

Materiales y métodos: un examen general de salud médico del campamento fue organizado para todos los empleados de sexo masculino mayores de 40 años de edad que trabajan en los servicios quirúrgicos. Después de la historia clínica y la

investigación sistémica, a los sujetos se les pidió que rellenaran el cuestionario ADAM de la Universidad de St. Louis sobre la base de la determinación de la TST total y libre en suero.

Resultados: ciento cincuenta y siete voluntarios sanos inscritos para el estudio (edad media de 53,1 años, rango 40-60). La disminución de andrógenos en el envejecimiento masculino (ADAM Cuestionario) detectó 106 hombres (67,5%) con posibles síntomas de TDS. La estimación de testosterona en suero en estos temas 41/106 de TST libre baja en suero y 32/106 total baja en suero. En 11 y 6 casos, respectivamente, la libre y total se evidenciaron subóptimas, aunque los varones fueron asintomáticos de TDS.

Conclusiones: La prevalencia de hipogonadismo bioquímico sintomático fue del 26,1%. La sintomatología fue limitada; podría ser debido a la naturaleza del cuestionario. La TST libre en suero es la mejor prueba para diagnosticar el hipogonadismo sintomático.

Palabras claves: hombres de edad avanzada, Andropausia, hipogonadismo, la India, la prevalencia de

La seguridad, inmunogenicidad y eficacia de la tetravalente de la vanuna del papiloma humano (tipos 6, 11, 16, 18) en mujeres de 24-45 años: un estudio aleatorizado, doble ciego.

Prof Nubia Muñoz MD a , Ricardo Manalastas MD b, Puneet Pitisuttithum MD c, Damrong Tresukosol MD d, Joseph Monson MD e, Kevin Ault MD f, Christine Clavel PhD g, Joaquin Luna MD a, Evan Myers MD h, Sara Hood BS i, Oliver Bautista PhD i, Janine Bryan PhD i, Frank J Taddeo PhD i, Mark T Esser PhD i, Scott Vuocolo PhD i, Richard M Haupt MD i, Eliav Barr MD i, Alfred Saah MD i

The Lancet, Volume 373, Issue 9679, Pages 1949 - 1957, 6 June 2009

Fondo

Aunque el pico de incidencia de virus del papiloma humano (VPH) se produce en la mayoría de las poblaciones dentro de 5-10 años de la primera experiencia sexual, todas las mujeres siguen estando en riesgo para la adquisición de infecciones por VPH. Hemos probado la seguridad, inmunogenicidad y eficacia de la tetravalente VPH (tipos 6, 11, 16, 18) L1 virus en mujeres de 24-45 años.

Métodos

Las mujeres de 24-45 años, sin antecedentes de verrugas genitales o enfermedades del cuello uterino se matricularon en los centros de salud comunitarios, centros de salud académico, primaria y profesionales de la salud en un estudio multicéntrico en curso, en paralelo, aleatorizado, controlado con placebo, doble ciego. Los participantes fueron asignados por generador de números aleatorios por ordenador para recibir la vacuna tetravalente VPH (n = 1911) o placebo (n = 1908) en el día 1, y los meses 2 y 6. Todos los investigadores del estudio, los participantes del

estudio, los monitores y personal del laboratorio central fueron cegados a la asignación al tratamiento. Las variables de eficacia se evaluaron a los 6 meses o más de duración de la infección y la enfermedad del cuello uterino y los genitales externos por VPH 6, 11, 16, 18, y debido al VPH 16 y 18 solamente. Los análisis de eficacia primaria se realiza en un población por protocolo, y se mantuvo la intención de tratar. Este estudio está registrado en ClinicalTrials.gov, NCT00090220.

Apreciación

1910 mujeres recibieron al menos una dosis de la vacuna y 1907 al menos una dosis de placebo. En la población por protocolo, la eficacia contra el extremo coprimario primero (enfermedad o infección relacionada con VPH 6, 11, 16 y 18) fue de 90,5% (95% IC 73,7-97,5, cuatro de los casos de 1615 en el grupo de la vacuna frente a 41/1607 en el grupo placebo) y 83,1% (50,6-95,8, cuatro de los 1.601 casos frente a los casos 23/1579) contra el extremo coprimario segundo (enfermedad o infección relacionada con VPH 16 y 18 solamente). En la intención de tratar de la población, la eficacia contra el criterio de valoración coprimario primero fue de 30,9% (95% IC: 11,1-46,5, 108/1886 casos vs 154/1883 casos) y en contra del criterio de valoración fue de 22 segundos coprimario • 6% (-2,9 a 41,9, 90/1886 casos vs 115/1883 casos), ya que la infección y la enfermedad estaban presentes al inicio. NO se registró ninguna vacunada con eventos adversos graves.

Interpretación

La vacuna tetravalente VPH es eficaz en mujeres de 24-45 años, no infectados por los tipos relevantes del VPH.

Financiación

Merck (EE.UU.).