

Trabajos originales

TRATAMIENTO DE LOS GANGLIOS REGIONALES EN EL CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE

Dres. Bernardo, N.; Scorticati, C.; Holst, P.; Soldano, M.; De Lasa, T.; Suárez, P.; López, M.; Bencardino, F.; Sotero Falco, E.; Coste Delvecchio, F.; Rendón, F.

RESUMEN: Se analizó el tratamiento de los ganglios regionales de 36 pacientes con carcinoma de pene tratados entre 1971 y 1994. A 18 se les efectuó linfadenectomía (50 %), 17 ingresaron en plan de seguimiento y a 1 se le realizó biopsia (+) y tratamiento radiante. De los tratados con linfadenectomía, se hallaron ganglios positivos en 2 de 2 pT4, 2 de 3 pT3, 8 de 13 pT2 y 2 de 12pT1. Con respecto al grado histológico, todos los G3 presentaron ganglios positivos^(*), 5 de 12 G2 y 3 de 20 G1. La importancia de la linfadenectomía radicó en demostrar la extensión del compromiso ganglionar. El análisis mostró 100 % de sobrevida en aquellos pacientes con ganglios negativos (pN0 = 6) o los que presentaron sólo un ganglio inguinal positivo (pN1 = 5). Se halló relación entre la categoría del T y el grado histológico con la probabilidad de invasión ganglionar. Su aplicación evitará linfadenectomías innecesarias y por otro lado tratará radical y oportunamente aquellos que presenten alto riesgo de diseminación ganglionar.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 1, Pág. 30, 1995)

Palabras clave: Pene; Carcinoma escamoso de pene; Linfadenectomía.

INTRODUCCION

Se realizó un trabajo retrospectivo evaluando factores que se relacionan con la diseminación linfática del carcinoma escamoso de pene, con el objetivo de analizar pautas de tratamiento adecuado de los ganglios, tema que aún en la actualidad genera controversias.

MATERIAL Y METODOS

Entre 1971 y 1994, fueron tratados 54 pacientes con diagnóstico de carcinoma escamoso de pene en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas José de San Martín, de los cuales 18 se excluyeron por presentar datos incompletos.

Premio Schering Junior
Hospital de Clínicas José de San Martín
Av. Córdoba 2351
(1120) Buenos Aires - Argentina

Acceptado para su publicación en noviembre de 1994

Este análisis incluyó a 36 pacientes, con edades que oscilaron entre 22 y 72 años, con una media de 50,58 años. El tiempo de evolución del tumor primario hasta el momento del diagnóstico osciló entre 6 y 121 meses con un promedio de 21,8 meses.

El diagnóstico histopatológico se realizó con biopsias incisionales en 31 pacientes (86,1 %) y en los 5 pacientes restantes (13,8 %) se realizaron biopsias escisionales a través de las postectomías. Todos los tumores fueron clasificados como bien, moderada o pobremente diferenciados (grados de 1 a 3, respectivamente).

La estadificación se realizó teniendo en cuenta el sistema TNM, que considera TIS al carcinoma no invasor, T1 al menor de 2 cm, superficial o exofítico; T2 al mayor de 2 cm pero menor de 5; T3 al mayor de 5 cm o al que infiltra profundamente y T4 al que infiltra estructuras vecinas.

El tratamiento de la lesión primaria incluyó: postectomía en 5 pacientes (13,8 %), penectomía parcial en 23 pacientes (63,8 %), penectomía total en 3 pacientes (8,3 %), emasculación en 4 pacientes (11,1 %) y braquiterapia con Fósforo 32 en 1 paciente (2,7 %) (Tabla 1).

Tratamiento de la lesión primaria

	Casos
Postectomía	5
Penectomía parcial	23
Penectomía total	3
Emasculación	4
Braquiterapia	1

N = 36

Tabla 1

El tratamiento de los ganglios regionales incluyó: linfadenectomía en 18, seguimiento en 17 pacientes y biopsia con posterior radioterapia en 1.

Se realizó linfadenectomía inguinal bilateral en 10 casos, unilateral en 1, ilioinguinal bilateral en 3, unilateral en 2 e ilioinguinal unilateral con inguinal contralateral en 2 (Tabla 2).

Carcinoma de pene Tipo de linfadenectomía

Linfadenectomía	Casos
Inguinal bilateral	10
Inguinal unilateral	1
Ilioinguinal unilateral	2
Ilioinguinal bilateral	3
Ilioinguinal unilateral + inguinal contralateral	2

N = 18

Tabla 2

RESULTADOS

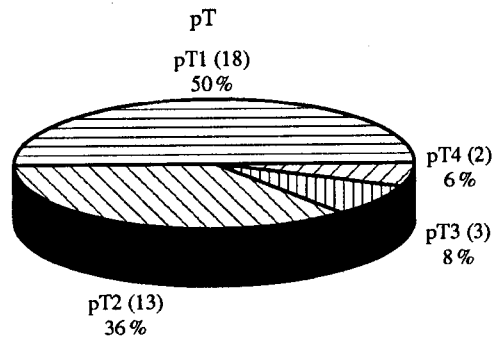
El motivo de consulta más frecuente fue la detección por autoexamen de la lesión. Se verificó la presencia de fimosis en 11 pacientes (30,5%), lo cual explicó la acción del esmegma y otros irritantes contenidos dentro del saco prepucial sobre las zonas de ubicación más frecuentes del tumor primario. La localización en la superficie interna del prepucio se halló en 6 pacientes (16,6%), en el surco balanoprepucial se observó en 5 (13,8%), y en el glande en 21 (58,3%). La ubicación inicial en el cuerpo del pene se vio en 4 (11,1%).

El tratamiento del tumor primario a través de las distintas técnicas utilizadas, permitió definir la estadificación patológica de los 36 pacientes. Se hallaron 18 pT1 (50%). Como pT2 resultaron 13 (36,1%). Tres (8,33%) fueron pT3 y por último 2 casos (5,55%) fueron pT4.

Las recurrencias locales se observaron en 3 pacientes y fueron tratadas en 2 con emasculación y el restante con penectomía total.

Con respecto al grado histológico, 20 pacientes fueron G1 (55,5%), 12 pacientes G2 (33,3%) y 4 pacientes G3 (11,1%) (Gráfico 1).

Estadificación patológica del T y grado histológico



Grado histológico

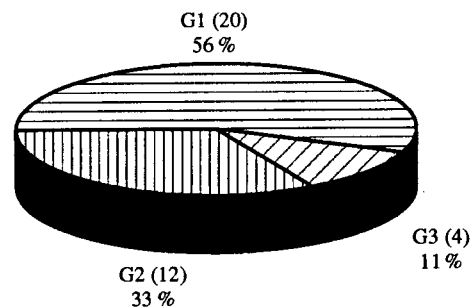


Gráfico 1

El manejo de los ganglios linfáticos de los 19 pacientes que se presentaron sin adenomegalias (N0), incluyó el seguimiento en 17 y en los 2 restantes se realizó la linfadenectomía por recidiva local del tumor primario en uno de los casos y por el estadio elevado del primario en el caso restante (pT3).

De los 17 pacientes que se presentaron con adenomegalias persistentes (N+) posteriores a un mes de antibióticoterapia, en 16 se realizó linfadenectomía y en 1 la punción biopsia, confirmando la metástasis que se trató con radioterapia externa.

En total se realizaron linfadenectomías a 18 pacientes (50%). El tipo de disección ganglionar y la distribución de acuerdo con el N clínico y patológico se muestra en la Tabla 2.

En los 2 pacientes considerados N0 clínico a los cuales se les realizó linfadenectomía, la estadificación patológica fue coincidente (pN0).

En los 9 pacientes estadificados como N1 clínico, 2 resultaron pN0, 4 fueron pN1 coincidiendo con la estadificación clínica y 3 resultaron pN2.

En los 6 considerados clínicamente N2, 1 resultó pN0, 1 pN1, 1 fue pN2, 2 pN3 y al restante no se le realizó linfadenectomía y se trató con radioterapia.

El único paciente estadificado clínicamente como N3, resultó pN2 en la linfadenectomía.

En el seguimiento, todos los pacientes estadificados como pN0⁽⁶⁾, de igual forma que los pN1⁽⁵⁾, están curados. Dentro de los pN2⁽⁵⁾, 3 murieron por evolución de su enfermedad y 1 por complicación inmediata de la linfadenectomía (tromboembolismo de pulmón). El caso restante, se considera curado a 26 meses de seguimiento sin evidencia de enfermedad.

Los 2 pacientes estadificados como pN3 fallecieron por evolución de la enfermedad. Considerando la evolución según el grado histológico de diferenciación; de 20 pacientes G1 sólo fallecieron 2, estadificados como pN3; de los 12 GII, fallecieron 2 estadificados como pN2 y pN3 respectivamente. Por último de los 4 GIII, 3 murieron por evolución de la enfermedad estadificados como pN2 en 2 casos y pN3 en el restante.

Las complicaciones postoperatorias se observaron en 10 de 18 pacientes después de la linfadenectomía (55,5%) incluyendo infección de herida en 5, cicatrización diferida por necrosis de piel en 3, trombosis venosa en 1 y 8 evolucionaron con linfedema (44,4%).

La radioterapia externa se aplicó a 2 pacientes, 1 estadificado como pN2 y otro con punción biopsia positiva que no aceptó la linfadenectomía.

La sobrevida libre de enfermedad de pacientes pN0 y pN1 fue de 100%, para los pN2 de 20% y nula para los pN3.

Todas las recurrencias regionales se encontraron antes de los 2 años posteriores al tratamiento del primario.

El potencial curativo de la linfadenectomía no depende solamente de la localización de los ganglios comprometidos, sino del número de ellos involucrados y del grado del tumor primario.

La recurrencia y siguiente muerte se incrementó cuando 2 o más ganglios fueron positivos (pN2).

Tres pacientes tuvieron recurrencia inguinal contralateral después de una linfadenectomía unilateral. Estos habían tenido 2 o más metástasis ganglionares en la disección inicial (pN2).

No se halló compromiso ganglionar bilateral en linfadenectomías bilaterales con sospecha clínica unilateral (N1).

No se halló compromiso ganglionar pelviano solitario sin compromiso inguinal.

La probabilidad de compromiso ganglionar pelviano (pN3) se incrementó con la presencia de metástasis en 2 o más ganglios en la disección inguinal.

En lo referente a la diferenciación celular: de 4 pacientes GIII, 3 (75%) recurrieron regionalmente. De 12 GII, 2 (16%) recurrieron en la ingle y de 20 casos GI, solamente 2 (10%) recidivaron.

La categoría del T también se relacionó con la metástasis ganglionar. De 18 pacientes con pT1, solamente 2 (11,1%) invadieron ganglios. De 13 con pT2, 8 (61,5%), de 3 enfermos con pT3, 2 (66,6%) y de 2 pacientes con pT4, todos (100%) comprometieron ganglios regionales (Gráfico 2).

Relación entre categoría del T y N⁺

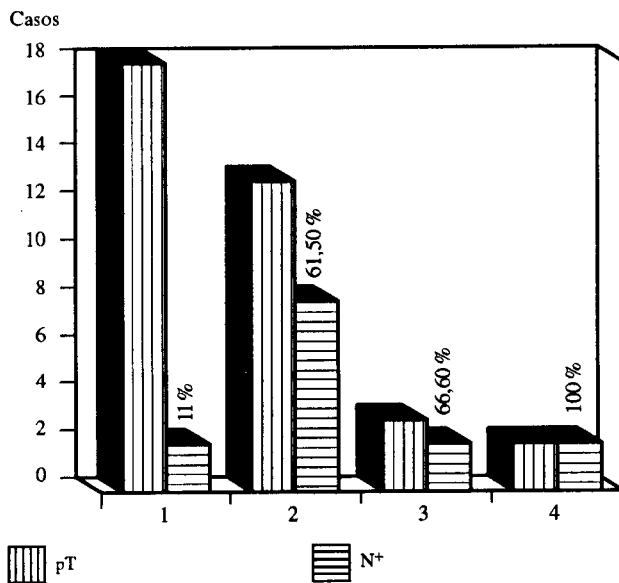


Gráfico 2

DISCUSION

La disección ganglionar es la vía más efectiva para erradicar pequeños depósitos metastásicos⁽¹⁾. La linfadenectomía debería ser realizada tan temprano como fuera posible y preferentemente antes que la invasión ganglionar sea clínicamente detectable. Sin embargo, las complicaciones posoperatorias representan una desventaja considerable, cuando se pregona la linfadenectomía en todos los pacientes con carcinoma de pene⁽²⁾, insistiendo en evitar linfadenectomías innecesarias.

Existen puntos de controversia en el tratamiento de los ganglios, acerca del momento y la extensión de la cirugía⁽³⁾. El área de mayor polémica se presenta en los pacientes con un examen de la ingle clínicamente negativo al momento de tratar el tumor primario. La indicación de la cirugía debe basarse en la tendencia a la invasión ganglionar y ésta se apoya en el comportamiento biológico del tumor primario^(4,5).

Numerosos reportes han correlacionado la información clínica del tumor primario con la probabilidad de compromiso ganglionar. Hallaron relación entre el tamaño e invasión de tumores más voluminosos con la proba-

bilidad de metástasis ganglionares^(6,7). En nuestra casuística, los tumores pT2 o mayores presentaron invasión ganglionar con frecuencia elocuentemente mayor que aquellos tumores pT1 (70,5% y 15,7% respectivamente).

En algunos reportes antiguos no se mostraba relación entre el grado histológico del tumor primario y el compromiso de ganglios linfáticos, pero en artículos más recientes con los que coincide nuestro análisis, esta relación es significativa^(5,6,7,8).

Los tumores pobremente diferenciados (GIII) mostraron compromiso ganglionar en 100% de los casos en contraste con el 25% de los tumores bien (GI) y moderadamente (GII) diferenciados (Gráfico 3).

Relación entre grado histológico y N⁺

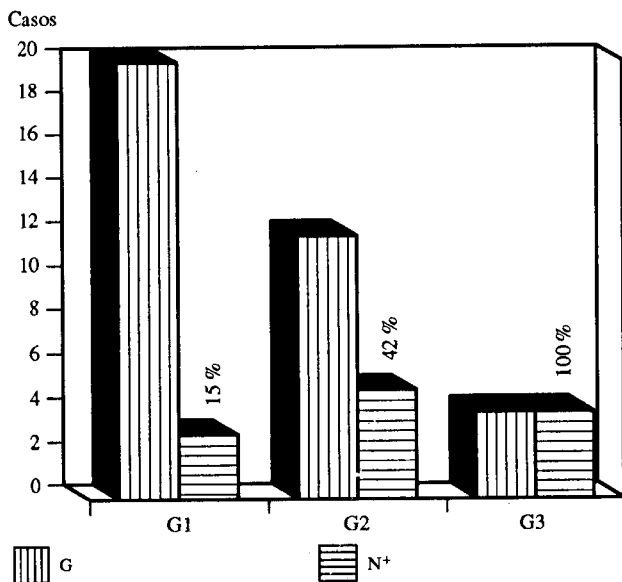


Gráfico 3

Cabanas ha propuesto la biopsia de un ganglio centinela, como procedimiento inicial para definir la estadificación ganglionar, basado en estudios linfangiográficos del pene que han demostrado el drenaje linfático en un ganglio ubicado superomedialmente respecto de la unión de la vena safena interna en la femoral⁽⁹⁾. Los reportes más recientes con falsos negativos que oscilan entre 6 y 12%, justifican no haber usado este método para estadificar los ganglios^(10,11).

Horemblas se basa en la relación de la categoría del T y el grado del tumor primario con la probabilidad de invasión ganglionar, para realizar vigilancia en aquellos pacientes que presentan un examen ganglionar clínicamente negativo (N0): los ganglios de todos los tumores pT1, independientemente del grado y de los pT2 grado 1 y grado 2 son observados bimensualmente durante los 2 años posteriores al tratamiento del tumor primario, coincidiendo

con los artículos que sostienen que habitualmente la enfermedad no recurre regionalmente después de los 2 años^(12,13,14). Todos los tumores pT3, pT4 independientemente del grado y aquellos pT2 grado 3 con ganglios clínicamente negativos, se tratan con una linfadenectomía inguinal bilateral. Con este protocolo de tratamiento, se evitan disecciones ganglionares innecesarias, mientras se trata la invasión ganglionar de los pacientes con alto riesgo en forma tan temprana como es posible^(14,15,16).

Con respecto a la controversia de realizar linfadenectomía inguinal bilateral en pacientes que se presentan con una adenopatía unilateral, al momento del tratamiento del tumor primario, nuestro análisis adhiere a esta conducta en los 7 pacientes que se presentaron con estas características. Esto se fundamenta en el hallazgo de metástasis contralaterales en el 50% de los casos reportado por Ekstrom⁽¹⁵⁾.

Respecto de si debe realizarse linfadenectomía bilateral en aquellos que se presentan con una adenopatía tiempo después del tratamiento del primario, en el único que se presentó con estas características, se realizó la linfadenectomía unilateral del lado comprometido. Esta conducta se basa en que las metástasis ganglionares aumentarán de tamaño a la misma velocidad y si estuvieran presentes en ambas ingles, deberían aparecer al mismo tiempo (Ekstrom).

La extensión y el número de ganglios involucrados se relaciona con la sobrevida^(1,4,17,18,19). En nuestra revisión aquellos con un solo ganglio metastático (pN1) se hallan libres de enfermedad, mientras que pacientes con compromiso bilateral (pN2) tienen una sobrevida del 20%.

En el trabajo del *Netherlands Cancer Institute*, en los casos de invasión inguinal unilateral, el número de ganglios anuncia la probabilidad de extensión pelviana homolateral y el compromiso de la ingle contralateral. Ningún paciente con afección de un ganglio progresó a pelvis o a la ingle contralateral^(3,6,9,19,20). Este hallazgo pudo corroborarse en el análisis de nuestros casos. Sobre esta base sugieren la linfadenectomía ilioinguinal bilateral si ambas ingles están comprometidas; y linfadenectomía ilioinguinal unilateral si una ingle solamente es la afectada.

Las complicaciones halladas en nuestra casuística son similares a las reportadas en la literatura con una incidencia de linfedema del 44,4%, resaltando la importancia de preservar la vena safena interna responsable del drenaje venoso superficial del miembro inferior⁽²¹⁾.

La radioterapia recibida por 2 pacientes de la revisión se indicó con intenciones paliativas en un paciente que no fue posible de linfadenectomía y en otro que recurrió regionalmente como pN2.

CONCLUSION

La probabilidad de compromiso linfático debe basarse en la categoría inicial del tumor (pT) y en el grado de diferenciación celular del mismo.

En pacientes con examen inguinal clínicamente negativo (N0) y teniendo en cuenta el comportamiento biológico del tumor en base a sus características, es recomendable realizar la linfadenectomía inguinal bilateral en los pT2 grado 3, en los pT3 y pT4 independientemente del grado histológico.

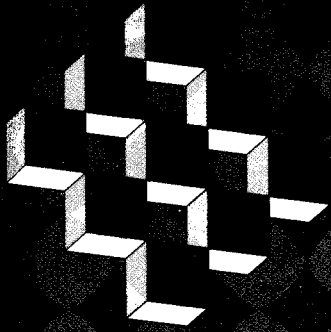
Aquellos pacientes clasificados como pT1 y los pT2 GI/GII, deben ser controlados durante 2 años, ya que las recurrencias regionales se presentan raramente después de ese lapso.

Si en la linfadenectomía inguinal se hallan comprometidos más de 2 ganglios conviene realizar la linfadenectomía pelviana, por la probabilidad de que éstos se encuentren invadidos.

Basándose en estos conceptos se evitará la morbilidad innecesaria de la linfadenectomía en casos que no la justifiquen y por otro lado se tratará radical y oportunamente aquellos que presenten alto riesgo de diseminación ganglionar, teniendo en cuenta el comportamiento biológico predecible.

BIBLIOGRAFIA

- Schellhamer, P. F.: Tumor of the penis. Campbell's Urology, 6 th. Edition. Vol. 2. Cáp. 31. Pág. 1264, 1992.
- Beggs, J. H. y Spratt, J. S., Jr.: Epidermoid carcinoma of the penis. *J. Urol.*, 91:166, 1964.
- Grabstald, H.: Controversies concerning lymph node dissection for cancer of the penis. *Urol. Clin. N. Amer.*, 7:793, 1980.
- Baker, B. H.; Spratt, J. S., Jr.; Perez-Mesa, C.; Watson, F. R. y Leduc, R. J.: Carcinoma of the penis. *J. Urol.*, 116:458, 1976.
- Fraley, E. E.; Zhang, G.; Sazama, R. y Lange, P. H.: Cancer of the penis. Prognosis and treatment plans. *Cancer*, 55:1618, 1985.
- Darai, E.; Karaitianos, I. y Durand, J. C.: Traitement des aires ganglionnaires inguinales dans le cancer de la verge. A propos de 85 cas traités à l'Institut Curie. *Ann. Chir.*, 42:748, 1988.
- Wajzman, Z.; Moore, R. H.; Merrin, C. E. y Murphy, G. P.: Surgical treatment of penile cancer: a follow-up report. *Cancer*, 40:1697, 1977.
- Marcial, B. A.; Figueroa-Colen, J.; Marcial-Rojas, R. A. y Colon, J. E.: Carcinoma of the penis. *Radiology*, 79:209, 1962.
- Cabanas, R. M.: An aproach for a treatment of penile carcinoma. *Cancer*, 39:456, 1977.
- Mazza, O. N. y col.: Diagnóstico y tratamiento de la invasión ganglionar en el carcinoma de pene. *Rev. Arg. de Urol.* 54, Nº 2:13, 1988.
- Signori, H. y col.: Comité de pautas oncológicas de la S.A.U. Actas, 1986.
- Horembas, S. y col.: Squamous cell carcinoma of the penis. III. Treatment of regional lymph nodes. *J. Urol.*, 149:492, 1993.
- Fossa, S. D. y col.: Cancer of the penis. Experience at the Norwegian Radium Hospital 1974-1985. *Eur. Urol.*, 13:372, 1987.
- Derrick, F. C., Jr. y col.: Epidermoid carcinoma of the penis: Computer analysis of 87 cases. *J. Urol.*, 110:303, 1973.
- Ekstrom, T. y Edsmyr, F.: Cancer of the penis: A clinical study of 229 cases. *Acta. Chir. Scand.*, 115:25, 1958.
- Murrell, D. S. y Williams, J. L.: Radiotherapy in the treatment of carcinoma of the penis. *Brit. J. Urol.*, 37:211, 1965.
- Fraley, E. E.; Zhang, G.; Manivel, C. y Niehans, G. A.: The role of ilioinguinal lymphadenectomy and significance of histological differentiation in treatment of carcinoma of the penis. *J. Urol.*, 142:1478, 1989.
- Srinivas, V.; Morse, M. J.; Herr, H. W.; Sogani, P. C. y Whitmore, W. F., Jr.: Penile cancer relation of extent of nodal metastasis to survival. *J. Urol.*, 137:880, 1987.
- Riveros, M. y Lebron, R. F.: Geographical pathology of cancer of the penis. *Cancer*, 16:798, 1963.
- Catalona, W. J.: Role of lymphadenectomy in carcinoma of the penis. *Urol. Clin. N. Amer.*, 7:785, 1980.
- Catalona, W. J.: Modified inguinal lymphadenectomy for carcinoma of the penis with preservation of the saphenous veins: techniques and preliminary results. *J. Urol.*, 140:306, 1988.



Línea Oncológica
Gador

FLUTAMIDA GADOR 250 mg

Potente antiandrógeno
no esteroide para el
tratamiento del cáncer
de próstata

PRESENTACION
Envases con 60
comprimidos
por 250 mg



Gador 
Al Cuidado de la Vida



MEDICINE LASER

INTEGRANTES DEL ING. GOEBEL GMBH GROUP ALEMANIA

SLT Surgical
Laser
Technologies
América Latina

LIDER EN CIRUGIA LASER POR CONTACTO

CIRUGIA GENERAL
UROLOGIA
GINECOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA
CIRUGIA PLASTICA

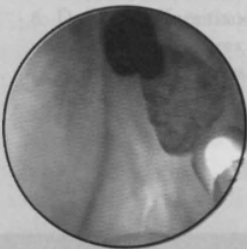
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
LAPAROSCOPIA
BRONCO PULMONAR

EN CIRUGIA UROLOGICA EL SISTEMA LASER DE CONTACTO ES EL UNICO QUE CUBRE TODAS LAS POSIBILIDADES EN PROSTATECTOMIA Y ADEMAS CON EL MENOR COSTO POR INTERVENCION



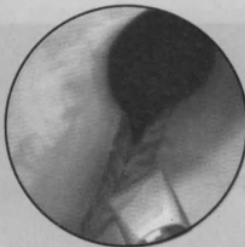
TURP

Resección transuretral de próstata con láser de contacto.

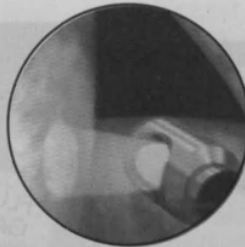


TUIP

Incisión transuretral de próstata con láser de contacto



COAGULACION
Side-Firing Free Beam



CHRP
Coagulación y resección hemostática de próstata



MEDICINE LASER
PUREN 1222 (LOS CONDES)
FONOFAX 56 - 2 - 2125517
SANTIAGO - CHILE

MEDICINE LASER S.R.
ESMERALDA 582, P.7 OF. 2A
1007 BUENOS AIRES, ARGENTINA
TEL: 54-1 327-2499 FAX: 54-1 327-2499

*Para todo un problema que afecta a 1 de cada 2
hombres mayores de 50 años*

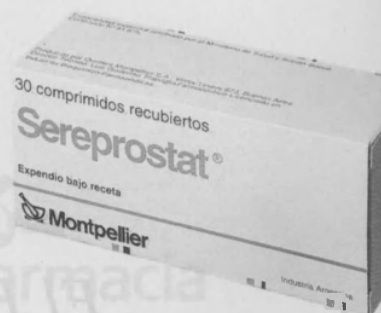


Sereprostat

EXTRACTO HEXANICO DE SERENOA REPENS

Como es natural, el antiprostático total

- **DOBLE ACTIVIDAD TERAPEUTICA:**
 - Limita la hiperplasia del tejido glandular.
 - Contrarresta el edema y la congestión.
- **Supresión de los trastornos miccionales**
- **Absoluta compatibilidad con otras terapéuticas concomitantes**
- **Respeto de la función sexual**
- **Optima tolerancia**



PRESENTACION: Envase conteniendo 30 comprimidos recubiertos



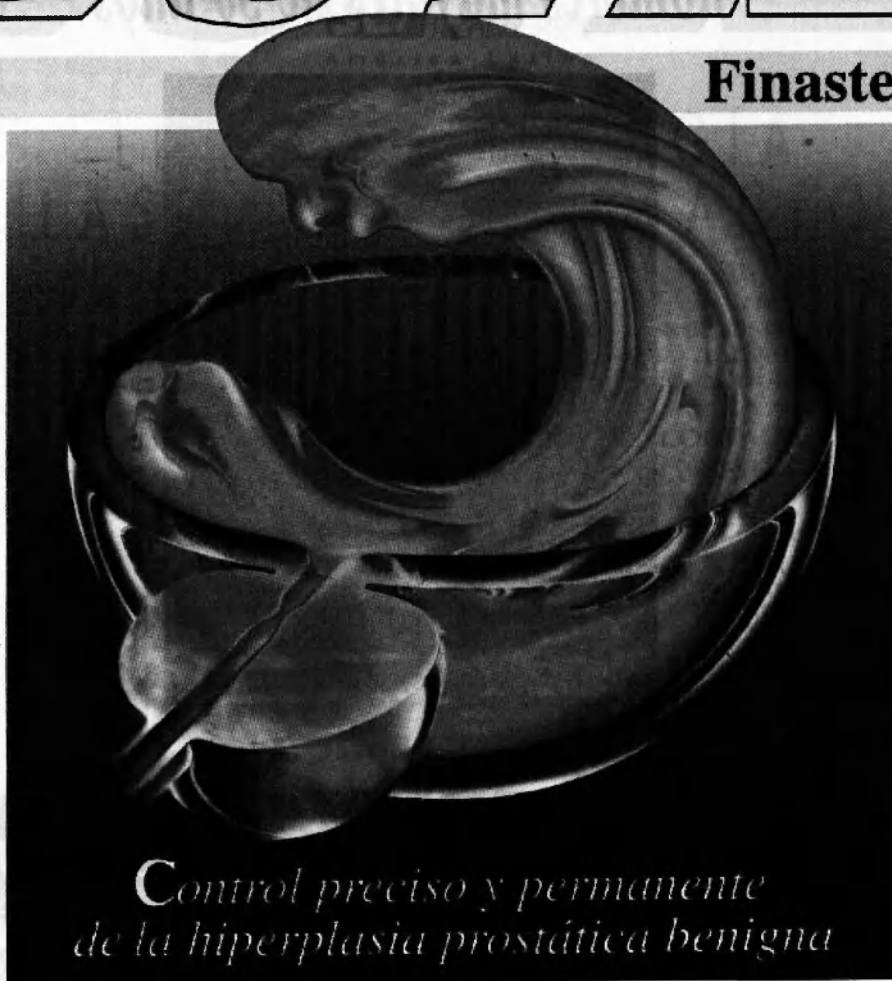
Bajo licencia de
Pierre Fabre Medicament



DIVISION DELTA

EUTIZ

Finasteride



*Control preciso y permanente
de la hiperplasia prostática benigna*

Inhibidor específico de la 5 α Reductasa.

- R**educe los niveles de DHT.
- D**isminuye el tamaño glandular.
- M**ejora los síntomas obstructivos.
- U**na sola toma diaria.

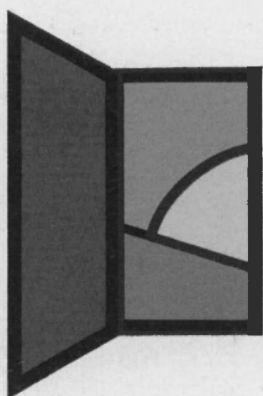
**Descuento
PAMI 50 %**

El Finasteride de las ventajas

PRESENTACION
Envases conteniendo 15 y 30
comprimidos recubiertos.

VOLPINO
LABORATORIOS

Cuando la hormonoterapia inicial
para el cáncer prostático está fracasando...



ESTRACYT[®]

FOSFATO DE ESTRAMUSTINA

Actividad terapéutica
comprobada



MEDICAMENTO ORIGINAL
APOYE LA INVESTIGACION
Aval y Respaldo Científico

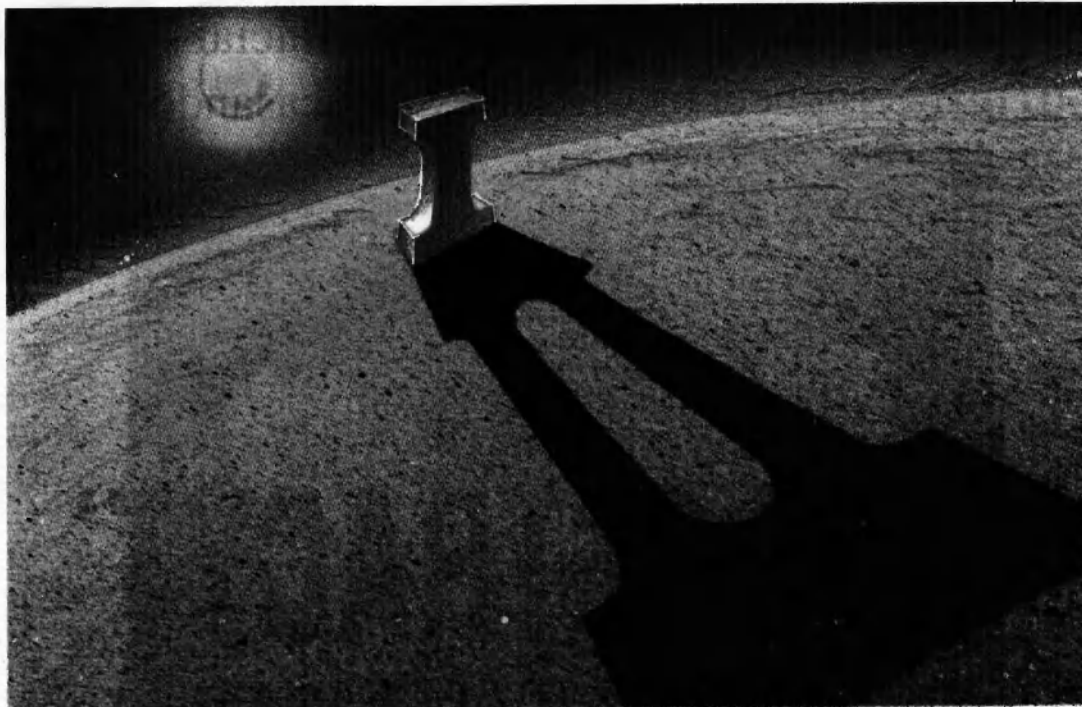
Presentación:
Envases conteniendo 100 cápsulas
con 140 mg de Estramustina fosfato, cada una.



Pharmacia & Upjohn

Suprefact Depot

Acetato de Buserelina



En cáncer avanzado de próstata

Es administrado sólo
una vez cada 2 meses



Suprefact Depot®

Acetato de Buserelina.

Comp. Cada implante está formado por 2 filamentos idénticos que contienen: Acetato de Buserelina 5,5 mg (equivalente a 5,3 mg de Buserelina); Excipiente polí(D-L-lactato-co-glicolato) 75,25 c.c. **Acción terap.** Hormona supresora del eje gonadotrófico. **Dosis y administración.** Un implante se inyecta subcutáneamente cada 2 meses calendario en la pared abdominal. La jeringa con el implante debe mantenerse en posición horizontal previo a la inyección. Es importante mantener el ritmo bimestral regular para la inyección del implante. Este intervalo puede ser acortado o prolongado en unos pocos días. Alrededor de 5 días previos al primer implante, deberá administrarse un antiandrogéno de acuerdo a Instrucciones del elaborador. En estudios clínicos con SUPREFACT, demostraron ser efectivos acetato de ciproterona (150 mg/día), flutamida (750 mg/día) y nilutamida (300 mg/día). Esta medicación adicional debería continuarse durante las primeras 3-4 semanas del tratamiento, momento en que cabe esperarse que los niveles de testosterona hayan descendido al rango de

castración. Puede utilizarse un anestésico local antes de la inyección a discreción del médico y del paciente. La duración del tratamiento será determinada por el médico. Efectos colaterales y secundarios. La estimulación inicial de la secreción de andrógenos puede ocasionar una transitoria activación del tumor. Por ello se recomienda una medicación inicial concomitante con un antiandrogéno. Algunos pacientes experimentarán de todos modos un leve pero transitorio incremento del dolor y/o empeoramiento del estado general. Debido a la supresión de hormonas sexuales en la mayoría de los pacientes aparece rubor, impotencia y disminución de la libido. En raras ocasiones puede desarrollarse una depresión o empeorar la ya existente. Se observó ginecomastia en menos del 1% de los pacientes y ésta generalmente fue indolora. En pacientes hipertensos bajo tratamiento, pueden aparecer crisis hipertensivas. En el 2% de los casos se reportó edema leve de tobillos y pantorrillas que desapareció con un tratamiento apropiado. Se observó un caso de exacerbación de diabetes mellitus en estudios clínicos con SUPREFACT DEPOT. Las cefaleas aparecen en hasta el 10% de los casos.

Ocasionalmente se han reportado falta de aire, palpitaciones, enrojecimiento de la piel, rash, urticaria, cambios en el vello, náuseas, vómitos, diarrea, constipación, cambios en el peso corporal, alteración del sueño y mareos. El shock anafiláctico no se observó, pero podría ocurrir. Dolor o reacciones locales en el sitio de inyección se observaron en el 3% de los pacientes. El tratamiento con otras formas de SUPREFACT demostró que sin medicación concomitante antiandrogéna, alrededor del 10% de pacientes con metástasis ósea, podrían experimentar dolor óseo, o incremento del mismo. En raras excepciones aparecieron trombosis con embolia pulmonar o síntomas de alteraciones neurológicas (por ej., debilidad muscular en las piernas), que en casos aislados fueron severos. En el 2-3% de los casos se manifestaron alteraciones de la micción, retención urinaria renal o litiasis, en forma temporal. Aproximadamente la mitad de estos síntomas fueron serios. Usualmente, remitieron en forma espontánea sin necesidad de interrumpir la medicación con SUPREFACT. Con excepción de aumento leve y transitorio del dolor, dichos síntomas pueden ser evitados

prescribiendo adicionalmente un antiandrogéno (por ejemplo, acetato de ciproterona, flutamida, nilutamida) al inicio del tratamiento con SUPREFACT. **Contraindic.** Hipersensibilidad al Acetato de Buserelina. Extirpación quirúrgica previa de los testículos. Insensibilidad de la afección tumoral a las hormonas, clínicamente demostrada antes del inicio del tratamiento. **Precauc. y advert.** Los pacientes con antecedentes de depresión o estados depresivos deben ser vigilados cuidadosamente para detectar posibles cambios en su estado emocional y ser tratados acordeamente. En pacientes hipertensos deben monitorearse regularmente los niveles de presión sanguínea y en pacientes diabéticos deberán controlarse los niveles de glucemia. Cuando durante el tratamiento con SUPREFACT la enfermedad experimenta una mejoría inicial, será razonable continuar con la terapia. El médico deberá tomar la decisión correspondiente. **Present.** Envase con 1 jeringa estéril descartable conteniendo 1 implante conformado por 2 filamentos idénticos del producto.

Mayor información disponible a petición.

RUBIDOX®

Acetato de Ciproterona

BLOQUEO ANDROGENICO COMPLETO EN CARCINOMA DE PROSTATA

Bloqueo de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario,
inhibiendo la producción de testosterona.



DOBLE BLOQUEO

Bloqueo de la captación de testosterona por los receptores
androgénicos en el tumor y en sus metástasis.

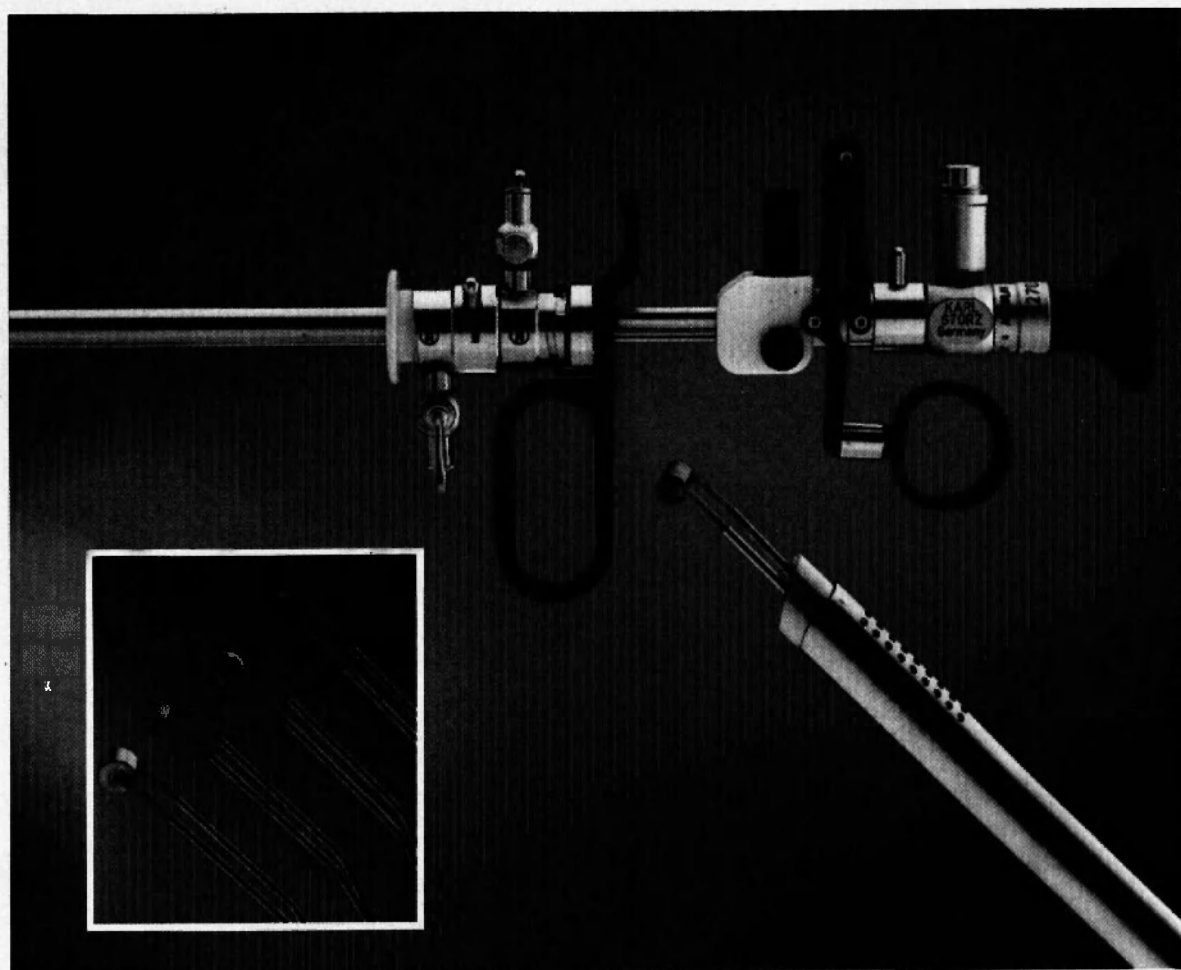

RONTAG

STORZ

KARL STORZ ENDOSCOPIA

VAPORIZING ELECTRODES

Ablación electroquirúrgica de tejido prostático por vaporización



Para acompañar esta técnica novedosa, KARL STORZ ofrece una variedad de electrodos que pueden ser usados con los modelos standard de resectoscopio a fin de lograr la más eficiente vaporización de tejido prostático.