

Continuamos acercándoles a los lectores a través de esta sección, un breve comentario de varios artículos de publicación reciente para motivar la profundización de la información de acuerdo al interés individual.

Aumento de la tensión arterial (TA) nocturna y progresión a microalbuminuria en diabéticos tipo 1

(*N Engl J Med 2002;347:797-805*). Si bien es conocida la asociación entre microalbuminuria y el aumento de la TA nocturna en diabéticos tipo 1, no se conoce si la elevación en la TA es concomitante o precede al desarrollo de microalbuminuria. Este estudio prospectivo tuvo como objetivo evaluar esta relación mediante el seguimiento durante más de 5 años de un grupo de 75 diabéticos tipo 1 jóvenes, con más de 5 años de evolución, normotensos, sin complicaciones de su enfermedad ni microalbuminuria al inicio del estudio. Los 14 pacientes que durante el seguimiento desarrollaron microalbuminuria, presentaron un aumento significativo de la TA sistólica media nocturna (sin diferencias en los registros de consultorio) y la caída normal de la TA por la noche (medida por el valor normal del índice TA sistólica nocturna/ TA sistólica diurna ≤ 0.9) presentó un valor predictivo negativo del 91% para microalbuminuria. El mal control metabólico se asoció en forma significativa al desarrollo de microalbuminuria de una manera dependiente de la TA, presentando aquellos pacientes con niveles elevados de hemoglobina glicosilada que desarrollaron microalbuminuria, aumentos sutiles pero tempranos de la TA nocturna. La evidencia que la microalbuminuria, marcador de nefropatía incipiente, se asocia significativamente al aumento de TA nocturna en pacientes con registros en consultorio y diurnos ambulatorios normales, abre el interrogante acerca de la necesidad de realizar rutinariamente mediciones continuas de la TA en diabéticos tipo 1 normotensos, además debe plantearse la indicación más precoz de drogas nefroprotectoras (inhibidores de la enzima convertidora o antagonistas de la angiotensina II).

Angioplastia primaria vs. fibrinólisis prehospitalaria en el infarto agudo de miocardio (IAM): Un estudio aleatorizado

(*Lancet 2002;360:825-29*). La disminución de la morbi-mortalidad obtenida con los tratamientos de reperfusión en el IAM es mayor cuanto más precoz es la permeabilización del vaso. La angioplastia primaria demostró ser más beneficiosa que la fibrinólisis intrahospitalaria. Este estudio prospectivo aleatorizado se realizó con el objetivo de probar si la angioplastia primaria también es mejor que la fibrinólisis prehospitalaria. Se evaluaron comparativamente a 2 grupos de pacientes con IAM: 419 pacientes recibieron trombolíticos prehospitalarios (106 de ellos requirieron angioplastia de rescate), y 421 pacientes que fueron sometidos a angioplastia primaria (303 con stent). El tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio de la terapia de reperfusión fue significativamente menor en el grupo que recibió fibrinolíticos (130 minutos vs. 190 minutos). No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en mortalidad, reinfarto y accidente cerebrovascular severo; sin embargo se halló una reducción exponencial de la mortalidad en los pacientes tratados antes de las 3 hs, mucho mayor aún en los tratados antes de las 2 hs. de comenzado los síntomas. Estos resultados muestran que la angioplastia primaria no es mejor que la fibrinólisis prehospitalaria. La aplicación de estos resultados

requiere de equipos de atención prehospitalaria entrenados, y la disponibilidad de angioplastia de rescate hospitalaria

Tratamiento de la espondilitis anquilosante con inhibidor del factor de necrosis tumoral alfa (FNT_α)

(*N Engl J Med 2002;346:1349-1356*). El FNT_α juega un papel fundamental en la fisiopatología de las espondiloartropatías, habiéndose demostrado un aumento de la expresión del mismo en suero, tejido sinovial y articulaciones sacroilíacas de pacientes afectados. Además se ha demostrado la eficacia de los agentes anti-FNT_α en el tratamiento de otras artritis inflamatorias. Este estudio aleatorizado doble ciego controlado con placebo, evaluó la respuesta al etanercept (proteína dimérica de fusión entre el receptor de FNT_α humano y la porción FC de la IgG1 humana) en 40 pacientes con espondilitis anquilosante activa inflamatoria. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir 25 mg de etanercept subcutáneo 2 veces por semana ó placebo por 4 meses, sin suspender otras medicaciones (antiinflamatorios no esteroideos, sulfasalazina, metotrexate, oro, prednisona). A los 4 meses se observó un 80% de respuesta al tratamiento activo tanto en enfermedad axial como periférica: mejoría en la rigidez matinal, dolor en columna, función, inflamación articular, calidad de vida, entesitis, expansión torácica, eritrosedimentación, proteína C reactiva). Esta respuesta se caracterizó por ser rápida y sostenida, sin una diferencia significativa en efectos adversos. Con placebo la respuesta fue del 30% (P=0.004). Los resultados de este estudio muestran que el etanercept alivia gran parte de los síntomas de la espondilitis anquilosante y puede ser utilizado en forma segura en combinación con otros antiinflamatorios e inmunosupresores.

Estudio nacional canadiense para el rastreo de mama-1: Mortalidad por cáncer de mama a 11 y 16 años de seguimiento

(*Ann Intern Med 2002;137:305-312*). El CNBSS1 (Canadian National Breast Screening Study-1) es un estudio aleatorizado que evaluó el rol de la mamografía, el examen físico mamario y el autoexamen en la disminución de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 40 a 49 años. Los resultados de 7 y 10 años de seguimiento no mostraron disminución en la mortalidad. Este artículo reporta los resultados luego de un promedio de 13 (11.3-16.5) años de seguimiento de 50430 mujeres en 15 centros canadienses. Al ingreso al estudio se realizó un examen mamario y se brindó instrucciones para autoexamen, aleatorizando luego a las pacientes a rastreo anual con mamografía y examen mamario, o a los cuidados habituales del sistema de salud canadiense. En el grupo asignado a mamografía se detectaron más casos de cáncer de mama (592 de cáncer invasivo y 71 de cáncer in situ en el grupo mamografía vs. 552 de cáncer invasivo y 29 de cáncer in situ en el grupo de cuidado usual), sin diferencias significativas en la mortalidad. Este estudio demuestra que luego de 11-16 años de seguimiento en mujeres entre 40 y 49 años, el rastreo evaluado no ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama.

Dra. María Cristina Soler Riera [Residente de Medicina Interna – Instituto Universitario CEMIC]

Dr. Alejandro Abbate [Profesor Asistente y Coordinador de la Carrera de Especialización y Residencia de Medicina Interna - Instituto Universitario CEMIC]