

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

Un estudio a largo plazo sobre el pronóstico de la gamapatía monoclonal de origen no determinado (GMND)

(*N Engl J Med* 2002;346:564-9). Esta entidad aparece hasta en un 2% de personas mayores a 50 años y se define por la presencia en suero de proteínas monoclonales en una concentración menor o igual a 3 g/dL, con ausencia o escasa concentración de cadenas livianas en orina. Las células plasmáticas en la médula ósea son menores o iguales al 10% y no presenta lesiones líticas, anemia, hipercalcemia o insuficiencia renal. El siguiente estudio fue realizado con el objetivo de estimar la progresión a mieloma múltiple y otras neoplasias relacionadas. Se incluyeron 1384 pacientes (54% varones, 46% mujeres) residentes en el sudeste de Minnesota con diagnóstico de GMND entre 1960-1994. Durante 11009 personas-año de seguimiento (media 15.4 años) se detectó progresión en 115 pacientes (8%). El riesgo relativo total de progresión fue del 7.3 comparado con la población blanca del estado de Iowa, transformándose 1% por año y continuando el riesgo aún luego de 25 años de GMND estable. El principal factor de riesgo para la progresión fue el valor inicial de proteína monoclonal: 6% cuando era menor o igual a 0.5 g/dL y 34% para 3 g/dL ($p<0.001$). También el tipo de proteína monoclonal fue predictor independiente de progresión, especialmente en aquellos pacientes con IgM o IgA. Los siguientes fueron los riesgos relativos para cada una de las entidades: mieloma múltiple (RR 25, IC95% 20 a 32), linfoma (RR 2.4, IC95% 2 a 4), amiloidosis primaria (RR 8.4, IC 95% 4 a 16), macroglobulinemia (RR 46, IC 95% 19 a 95), leucemia linfocítica crónica (RR 0.9, IC 95% 0.2 a 3) y plasmocitoma (RR 8.5, IC 95% 0.2 a 47). Además se detectó en 32 pacientes progresión a la variante de "smoldering" mieloma múltiple cuando la proteína monoclonal aumentó a más de 3 g/dL o las células plasmáticas en médula ósea superaron el 10%, pero en ausencia de los hallazgos característicos de esta entidad. Por último aunque no hay evidencia que el monitoreo mejore la supervivencia en los pacientes con GMND, se cree que deben ser controlados anualmente con proteinogramas electroforéticos para detectar las entidades mencionadas antes que aparezcan complicaciones.

Efecto del rastro con el test de sangre oculta en materia fecal (SOMF) en la mortalidad por cáncer de colon: resultados de un trabajo controlado y aleatorizado

(*Gut* 2002;50:840-4). En la ciudad de Nottingham del Reino Unido se llevó a cabo este estudio en el cual se aleatorizaron a 152 850 personas entre 45 y 74 años y fueron seguidas por un período promedio de 11.7 años (8.4-18.4 años). A las personas del grupo intervención se les realizó un test de SOMF cada 2 años. Como resultado se obtuvo en el grupo intervención una reducción en la mortalidad por cáncer de colon del 13% (IC 95%, 3 a 22%) (riesgo relativo 0.87, IC 95% 0.78 a 0.97; $p=0.010$), a pesar que la adherencia en este estudio fue de solo el 57%. La mortalidad por otras causas fue similar en ambos grupos. La incidencia de cáncer de colon fue similar en ambos grupos (1.51 vs 1.53 c/1000 personas/años; $p=0.76$), necesitando aun más tiempo de seguimiento para demostrar una reducción en la incidencia al detectar y extraer precozmente los adenomas premalignos. En el grupo intervención el riesgo acumulado de test de SOMF positiva fue del 2.6%. Una de las grandes preocupaciones de los estudios de rastreo de cáncer de colon es el número de colonoscopías generadas. En este caso el 73% de los

pacientes con SOMF positiva fueron estudiados por colonoscopia (solo 1.9% de la población del grupo intervención), mientras que el resto fueron estudiados a través de otros procedimientos como el colon por enema.

La ingesta de agua como tratamiento para los síndromes ortostáticos

(*Am J Med* 2002;112:355-60). Los síntomas ortostáticos son una de las principales limitaciones para los pacientes con insuficiencia autonómica primaria (IAP) o aquellos con intolerancia ortostática idiopática (IOI). La hipotensión posprandial agrava la hipotensión ortostática que caracteriza a la IAP. Por el contrario aquellos con IOI presentan taquicardia ortostática sin marcada hipotensión. La IAP se observa en personas ancianas y es una alteración poco frecuente. En cambio la IOI es algo más común y aparece especialmente en mujeres jóvenes. El objetivo del estudio fue demostrar que la ingesta de agua es un tratamiento efectivo en pacientes con hipotensión ortostática, hipotensión posprandial y taquicardia ortostática. Se incluyeron 11 pacientes con hipotensión ortostática severa debido a IAP y 9 pacientes con taquicardia ortostática por IOI. También se testeó la respuesta al tratamiento en la hipotensión posprandial en pacientes con IAP. El tratamiento consistía en la ingesta de 480 mL de agua corriente a temperatura ambiente en menos de 5 minutos. Como resultados en los pacientes con IAP se registraron presiones arteriales basales luego de 1 minuto de estar de pie de $83\pm 6 / 53\pm 3.4$ mmHg, incrementándose 35 minutos luego del tratamiento a $114\pm 30 / 66\pm 18$ mmHg ($p<0.01$). Luego de una comida la presión arterial descendió en $43\pm 36 / 20\pm 13$ mmHg comparado con un descenso con el tratamiento de $22\pm 10 / 12\pm 5$ mmHg. Por último en aquellos con intolerancia ortostática idiopática, el tratamiento con la ingesta de agua corriente atenuó el síntoma: 123 ± 23 latidos por minuto en forma basal contra 108 ± 21 latidos por minuto luego del tratamiento ($p<0.001$). Como conclusión se observa que la ingesta de agua puede servir como un tratamiento adyuvante en los pacientes con intolerancia ortostática y posprandial debido a IAP o IOI.

Resultados de la hemodiálisis diaria en la insuficiencia renal aguda (IRA)

(*J Med* 2002;346:305-10). Sigue siendo un problema en terapia intensiva la alta tasa de mortalidad entre los pacientes severamente enfermos con IRA. Este es un trabajo prospectivo con el objetivo de comparar la supervivencia de los pacientes con IRA bajo tratamiento con hemodiálisis diaria intermitente (HD) contra la forma convencional de hemodiálisis intermitente a días alternos (HDA). El estudio se realizó entre 1993-1998 y un total de 160 pacientes con IRA fueron asignados alternativamente a uno de los tratamientos. 14 pacientes no completaron el estudio por diferentes motivos. Como resultados la HD demostró mejor control de la uremia, menos episodios hipotensivos durante el procedimiento y una más rápida resolución de la IRA (9.2 ± 2 días vs 16 ± 6 días con la HDA; $p=0.001$). La mortalidad de todos los pacientes incluidos en el estudio fue del 37% (59 de los 160 pacientes fallecieron). La tasa de mortalidad de acuerdo al análisis de intención de tratamiento fue del 28% para la HD y del 46% para la HDA ($p=0.01$). En el análisis multivariable la menor frecuencia de hemodiálisis fue un factor de riesgo independiente de mortalidad, mientras que la hemodiálisis más frecuente disminuyó el riesgo de complicaciones fatales no renales en la IRA. De acuerdo a estos resultados se concluye que el estricto control del volumen y la azoemia a través de la HD mejora la supervivencia en los pacientes con IRA en relación al tratamiento con HDA.

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