Edad y enfermedades urológicas

Las enfermedades o trastornos urológicos incluyen las infecciones urinarias, los cálculos renales, los problemas de control de la vejiga y la hiperplasia prostática benigna (o agrandamiento de la próstata), entre otros. En las mujeres, las enfermedades urológicas se dan con menos frecuencia.

Se trata de un tipo de enfermedades que incluyen todos aquellos trastornos atribuibles a la vía urinaria, desde el riñón, uréter, vejiga y uretra, hasta aquellos que alteran la función sexual del varón. La mayor parte de los problemas urológicos vienen reflejados en forma de cólicos, que son muy comunes en la población y que requieren tratamientos sencillos. Otros, en cambio, suponen alteraciones incluso en la vida sexual del individuo, si nos referimos a la eyaculación precoz o la disfunción eréctil. Asimismo, la edad va a condicionar una serie de modificaciones en la próstata que van a generar un conjunto de síntomas fáciles de reconocer y con posibilidades de tratamiento cada vez menos agresivos. Aunque las mujeres también padecen algunas de estas enfermedades, es un ámbito mayoritariamente masculino.

Riñón

El cáncer de células renales (también llamado cáncer de riñón o adenocarcinoma renal) es una enfermedad en la que se encuentran células malignas o cancerosas que se originan en el revestimiento de los túbulos del riñón (en la corteza renal). Por otro lado, el cáncer que comienza en los uréteres o en la pelvis renal (la parte del riñón que recoge la orina y la drena hacia los uréteres) es diferente del cáncer de células renales. El cáncer de células renales es responsable de entre el 2-3% de todos los tumores malignos en el adulto, y es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres. La mayoría de los casos se diagnostican entre la cuarta y la sexta década de la vida (a partir de los 50 años de edad), pero se puede presentar a cualquier edad.

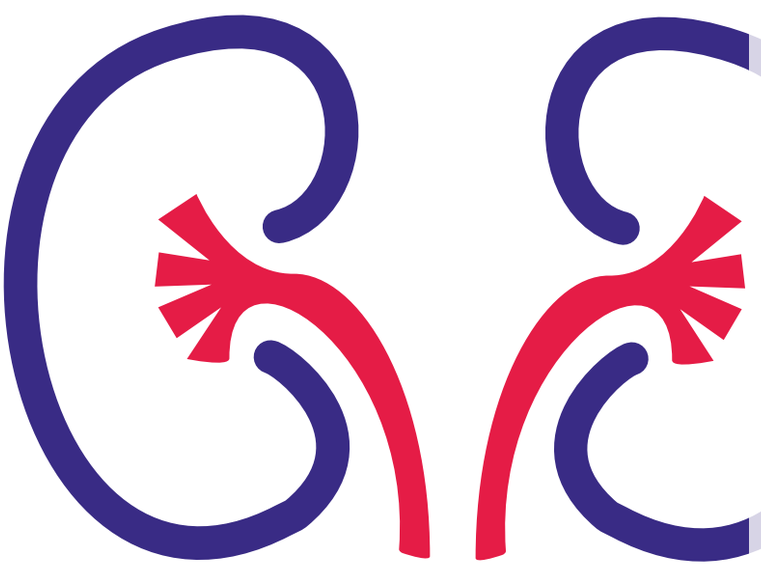
El cáncer de células renales se presenta más frecuentemente de forma esporádica (sin antecedentes familiares) y raras veces forma parte de un síndrome hereditario (5% de los casos). No se han determinado las causas exactas de esta enfermedad, sin embargo, el hábito tabáquico (dobla el riesgo de desarrollar esta enfermedad), la exposición a ciertos productos químicos (cadmio, asbestos, petróleo), la obesidad, la enfermedad quística renal adquirida en pacientes, sometidos a diálisis crónica (30% de estos pacientes desarrollaran un cáncer renal) y el uso indiscriminado de analgésicos (aspirina y fenacetina, en este caso más implicados en el desarrollo de cáncer de vías urinarias), se asocian con un incremento en la incidencia (número de nuevos casos por año) de esta enfermedad.

Recientemente se han podido establecer las bases genéticas y moleculares de esta enfermedad. Existen varios síndromes hereditarios que asocian cáncer renal de distintos tipos histológicos con otro tipo de tumores. En general, aquellos pacientes con un familiar de primer grado diagnosticado de cáncer renal antes de los 40 años, o los que presentan cáncer renal bilateral o multifocal en un mismo riñón, pueden tener un componente hereditario. En estos casos se puede recomendar al paciente y familiares pruebas específicas, con la finalidad de realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad. Hay que recordar que tan sólo un 5% de los tumores renales que se diagnostican forman parte de un síndrome hereditario, la inmensa mayoría son esporádicos. Por otro lado, es posible encontrar asociación con otras neoplasias: dos estudios de series de registro de pacientes han encontrado mayor incidencia de linfomas en pacientes con carcinoma de células renales.

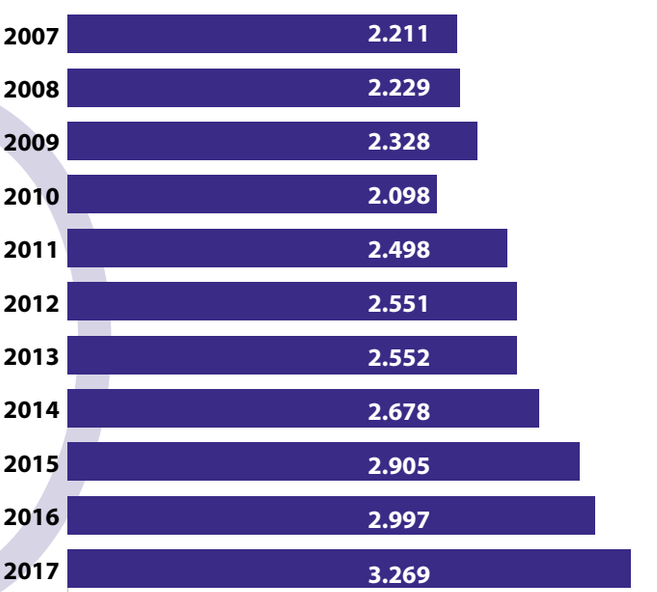
Subtipos

El carcinoma de células renales representa el 80-85% de todos los tumores malignos renales, típicamente se origina en la corteza renal y presenta varios subtipos:

- Carcinoma de células claras (80%). Es el más frecuente. Las células claras pueden tener un crecimiento que varía de lento (grado 1) hasta rápido (grado 4). En este tipo de cáncer renal se han validado los resultados de la terapia dirigida y la inmunoterapia.
- Carcinoma papilar (15%). Se divide en dos subclases: tipo 1 y tipo 2 (este último de comportamiento más agresivo). Se tratan actualmente de la misma manera que el carcinoma de riñón de células claras. Sin embargo, muchos médicos recomiendan el tratamiento dentro de ensayo clínico.



EVOLUCIÓN TRASPLANTES RENALES EN ESPAÑA UNIDADES



Fuente: ONT

TRASPLANTES RENALES POR CCAA

	2015	2016	2017
Andalucía	453	531	603
Aragón	78	104	85
Asturias	52	57	72
Cantabria	55	39	44
Castilla La Mancha	90	95	97
Castilla y León	111	109	106
Cataluña	647	708	780
Extremadura	53	51	54
Galicia	168	135	160
Baleares	52	54	70
Canarias	123	142	123
La Rioja	16	12	20
Madrid	450	399	404
Murcia	68	70	93
Navarra	49	56	45
País Vasco	159	168	178
Com.Valenciana	281	267	335
Total	**2.905**	**2.997**	**3.269**
Donante vivo	388	343	332
Infantiles	54	53	69

Fuente: Organización Nacional de Trasplantes

- Carcinoma cromófobo y oncocitoma (5%). Este último es de crecimiento muy lento y rara vez tiene capacidad para diseminarse.
- Carcinoma de los conductos colectores (<1%). Se comporta de modo similar al carcinoma de células transicionales de vejiga y vías urinarias. El mejor tratamiento para este tipo de carcinoma es la quimioterapia basada en platinos.
- Variante sarcomatoide. Puede coexistir con cualquiera de los subtipos anteriores y conlleva un comportamiento más agresivo del tumor por su crecimiento más rápido. Se llama sarcomatoide porque al examinarlo con el microscopio se asemeja al sarcoma.

Por otra parte, el carcinoma de células transicionales se origina en la pelvis renal y no en la corteza, es un tipo histológico que sugiere enfermedad de las vías urinarias (desde la pelvis renal, pasando por los uréteres hasta vejiga y uretra). Este tipo de tumores tiene un comportamiento y tratamiento diferentes. El nefroblastoma o Tumor de Wilm's es otro tipo de cáncer renal que se presenta típicamente en la infancia. Finalmente, el angiomiolipoma es un tumor benigno que tiene un aspecto característico en la tomografía computarizada (TAC). Tiende a crecer y no suele diseminarse, se puede manejar de forma conservadora o con cirugía.

Vejiga

El cáncer de vejiga es un tumor mucho más frecuente de lo que a veces nos transmiten las estadísticas o los medios de comunicación. Ocupa el noveno lugar en cuanto al número de diagnósticos de cáncer a nivel mundial. Sin embargo en España se posiciona entre los 3-4 tumores mas frecuentes. La media de edad al diagnóstico se encuentra en torno a los 70 años. Curiosamente existen diferencias geográficas marcadas, siendo los tumores de la vía urinaria mucho más frecuentes en el oeste europeo (incluida España) y América del Norte, que en Asia o Europa del este.

La mayoría de estos tumores se diagnostican en fases precoces de desarrollo y se pueden curar con cirugías más o menos extensas. Sin embargo, cuando el tumor está más avanzado, la curación puede ser difícil o imposible y los objetivos del tratamiento

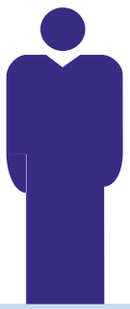
INTERCAMBIO RENAL ENTRE ZONAS. 2016

	Zona generación							
Zona implante	Z. Norte	Z. Cat-Bal	C. Valenciana	Z. Centro	Andalucía	Canarias	**Total recibe**	Órganos de fallecido recibidos
Z. Norte*	-	15	3	28	0	3	**49**	9,8%
Z. Cat-Bal	41	-	27	31	13	12	**124**	19,9%
C. Valenciana	7	5	-	9	2	0	**23**	9,0%
Z. Centro**	33	15	3	-	13	15	**79**	11,6%
Andalucía	1	0	0	3	-	0	**4**	0,8%
Canarias	2	7	0	1	0	-	**10**	7,8%
Total enviados	**84**	**42**	**33**	**72**	**28**	**29**	**289**	**10,8%**

** Incluye Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, Navarra, Aragón, La Rioja. ** Incluye Murcia, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Madrid.*
Fuente: Organización Nacional de Trasplantes

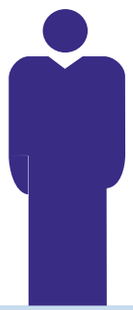
INCIDENCIA ESTIMADA EN ESPAÑA. 2017

CÁNCER DE PRÓSTATA



30.076

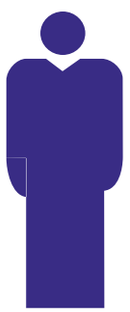
CÁNCER DE VEJIGA



12.364

2.313

CÁNCER RENAL



4.631

2.247

Fuente: Las cifras del cáncer en España 2018. SEOM
**Datos procedentes de GLOBOCAN 2012, desglosados por edad y sexo, y extrapolados a los datos de la población española para el año 2017 proporcionada por el INE.*

cambian hacia prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida del enfermo.

La principal causa conocida del cáncer de vejiga es el tabaco, al que se atribuyen en torno al 50% de todos los casos diagnosticados. El tabaco no sólo afecta nuestra vía respiratoria a través del humo. Más de 60 productos carcinógenos contenidos en los cigarrillos son absorbidos y eliminados por la orina afectando en gran medida a las células de la pared de nuestra vía urinaria.

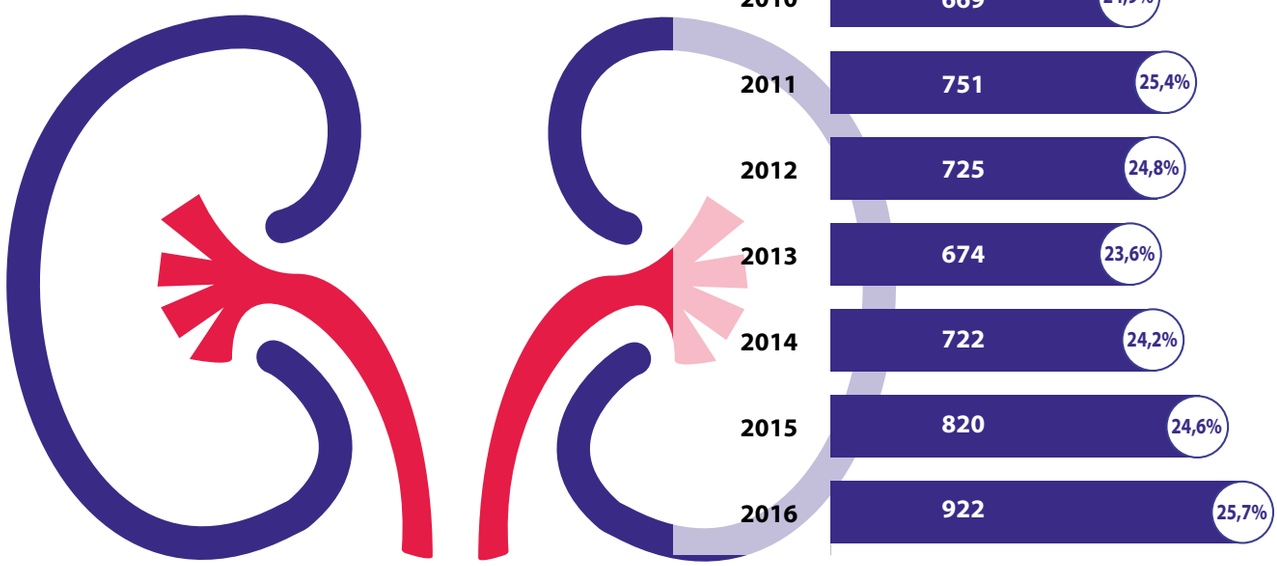
Algunos estudios defienden la relación entre la infección por HPV (virus del papiloma humano) y el cáncer de vejiga. Se estima que hasta un 17% de estos tumores podrían deberse en parte al hecho de ser portador de serotipos del HPV de alto riesgo.

Existen otros factores de riesgo, pero la mayoría de ellos no son habituales en nuestro medio. Entre estos factores se incluye la exposición a algunas sustancias químicas de uso industrial (ciertos metales, tintes y gomas); la exposición a un fármaco llamado ciclofosfamida, que es un tipo de quimioterapia; o la esquistosomiasis, una infección producida por un parásito que suele encontrarse en África y ciertas regiones de América Latina.

No se ha demostrado de forma clara que la presencia de antecedentes familiares de cáncer de vejiga aumente el riesgo de desarrollar la enfermedad en otros miembros de la misma familia, aunque el diagnóstico en pacientes menores de 60 años debería considerarse con especial atención.

No se realizan estudios de forma rutinaria en personas sanas para diagnosticar el cáncer de vejiga de forma precoz, porque no existe evidencia de que esto sea realmente beneficioso. Sin embargo, en pacientes que han tenido un tumor de vejiga previamente, se pueden realizar durante el seguimiento análisis de orina para detectar la reaparición de la enfermedad mediante un test denominado citología (Estudio de las células presentes en la orina). Su médico puede informarle de la conveniencia de realizar estas pruebas.

RIÑONES DESECHADOS PARA TRASPLANTE, Nº ABSOLUTO Y PORCENTAJE. ESPAÑA

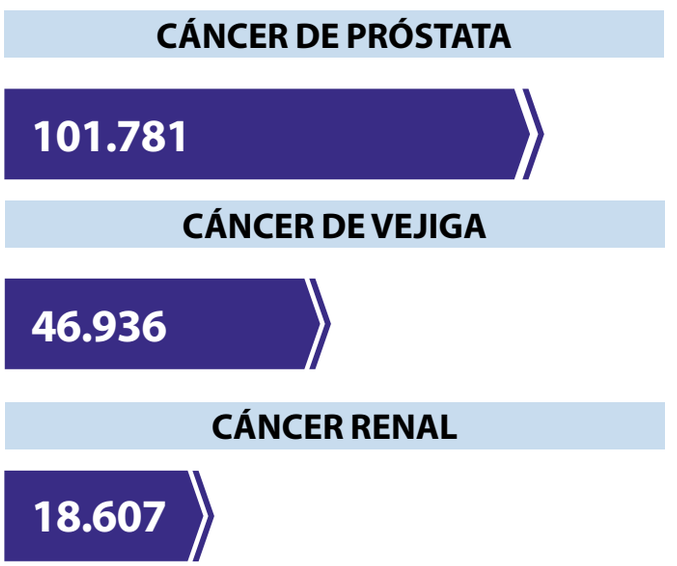


Histología

Los tipos histológicos son las distintas clases de tumores que se pueden desarrollar en un órgano, determinadas en función de las características microscópicas del tumor. En el caso de los tumores de vejiga el principal tipo histológico es el carcinoma urotelial, cuyas células derivan de la mucosa que recubre por dentro a la vejiga (epitelio transicional o urotelio). Al igual que en otros órganos, pueden aparecer tumores derivados de muchas otras células, incluyendo el carcinoma escamoso (que se forma sobre células planas que aparecen en la vejiga cuando hay irritación de la misma), el adenocarcinoma (tumores que se forman a partir de glándulas), los carcinomas de células pequeñas y otros todavía menos frecuentes. En este documento nos referiremos a los tumores uroteliales por ser con mucha diferencia los más comunes. Los tumores derivados de la vía urinaria superior (uréter y pelvis renal) también suelen ser uroteliales. Son muy similares en su comportamiento biológico al cáncer de vejiga y su manejo, salvo aspectos técnicos concretos, es muy similar.

El síntoma principal para sospechar un cáncer de vejiga es la aparición de sangre en la orina (hematuria) sin dolor asociado durante la micción. La aparición de sangre en la orina puede detectarse a simple vista (hematuria macroscópica) o en un análisis de orina (citología de orina). Aunque existen varios procesos no tumorales por los que puede aparecer sangre en la orina, incluyendo los cálculos en la vía urinaria y las infecciones de orina, la hematuria es un síntoma importante por el que siempre se debe consultar con un médico. Los tumores de vejiga también pueden dar como síntomas molestias urinarias, incluyendo necesidad de orinar con más frecuencia y en poca cantidad, dolor o escozor al orinar, o ganas de orinar justo después de acabar de hacerlo; y todo ello sin necesidad de provocar hematuria asociada.

ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA A CINCO AÑOS DE TUMORES EN ESPAÑA. 2017



Fuente: Las cifras del cáncer en España 2018. SEOM
**Datos procedentes de GLOBOCAN 2012, desglosados por edad y sexo, y extrapolados a los datos de la población española para el año 2017 proporcionada por el INE.*

Próstata

El cáncer de próstata es una enfermedad que se desarrolla principalmente en varones de edad avanzada. A medida que los hombres envejecen, la próstata puede agrandarse y bloquear la uretra o la vejiga. Esto puede ocasionar dificultad para orinar o interferir con la función sexual. El problema se conoce con el nombre de hiperplasia prostática benigna, que a menudo precisa de cirugía para corregirlo. Los síntomas de la hiperplasia prostática benigna o de otros problemas que afectan la glándula pueden ser similares a los síntomas del cáncer de la próstata.

El cáncer de próstata es el más frecuente de todos los cánceres entre los varones. La edad es el principal factor de riesgo para el cáncer de próstata. El riesgo de desarrollar un cáncer de próstata empieza a aumentar a partir de los 50 años en hombres de raza blanca, y a partir de los 40 años en hombres de raza negra o con historia familiar (padre o hermano) de cáncer de próstata. Casi dos de cada tres casos de cáncer de próstata se detectan en hombres mayores de 65 años. El cáncer de próstata es más frecuente en hombres de raza negra que en hombres de otras razas. Además, los hombres de raza negra tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticados en una etapa avanzada, y tienen más del doble de probabilidad de morir de cáncer de próstata en comparación con los hombres blancos. Por otra parte, la tasa más baja de cáncer de próstata se observa en individuos de raza asiática.

También hay que tener en cuenta que el riesgo de cáncer de próstata está fuertemente influenciado por la historia familiar. Aquellos hombres que tienen un familiar de primer grado (padre o hermano) diagnosticado de cáncer de próstata, tienen más probabilidad de desarrollar la enfermedad. Tan sólo un 5-10% de los cánceres de próstata tienen un componente hereditario. En el cáncer de próstata hereditario la edad de aparición del cáncer es más precoz (antes de 55 años) y a menudo los pacientes tienen familiares de primer grado afectos de cáncer de próstata. Se han descubierto genes implicados en una mayor susceptibilidad al desarrollo de un cáncer de próstata.

En cuanto a otros factores de riesgo, recientes estudios sugieren que el consumo elevado de grasas animales puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de próstata. Por otro lado los suplementos de vitamina E y selenio y el consumo elevado de licopenos podrían tener un efecto protector en algunos estudios de prevención. El consumo elevado de café parece asociarse a una incidencia menor de cáncer de próstata más avanzado, y el tabaquismo se ha asociado a un incremento en la incidencia, así como a un mayor riesgo de recaída tras el diagnóstico. Algunos estudios han sugerido que la prostatitis (inflamación de la glándula prostática) puede estar asociada a un riesgo aumentado de cáncer de próstata, aunque otros estudios no han encontrado tal asociación.

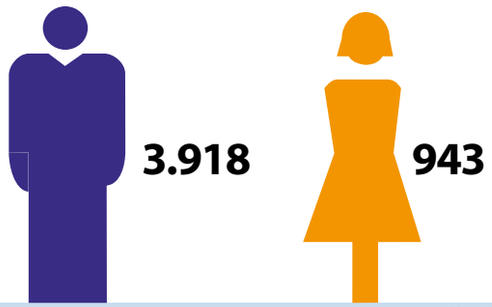
Síntomas

En las primeras fases, cuando el tumor está limitado a la próstata, puede ser asintomático o acompañarse de síntomas obstructivos leves atribuibles a una hiperplasia benigna (disminución del calibre o interrupción del chorro de orina; aumento de la frecuencia de la micción, sobre todo nocturna; dificultad para

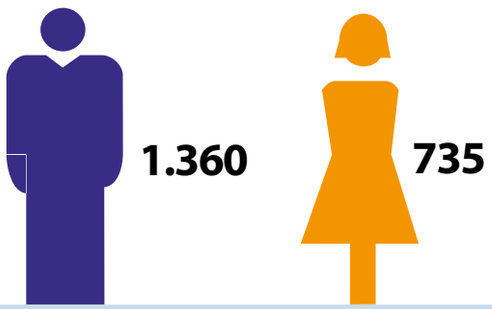
MORTALIDAD POR TUMORES EN LA POBLACIÓN GENERAL EN ESPAÑA 2016

TUMOR MALIGNO DE PRÓSTATA

TUMOR MALIGNO DE VEJIGA



TUMOR MALIGNO DE RIÑÓN, EXCEPTO PELVIS RENAL



OTROS TUMORES MALIGNOS DE LAS VÍAS URINARIAS

Fuente. INE. INEbase, últimos datos disponibles para 2016.

Líder en donación y trasplantes

Nuestro país, que lidera las donaciones y los trasplantes a nivel mundial desde hace 26 años, volvió en 2017 a superarse a sí misma, alcanzando los 46,9 donantes por millón de habitantes, con un total de 2.183 donantes, que ha permitido realizar 5.250 trasplantes de órganos. Estos datos, según la ONT, suponen seis donantes y 14 trasplantes diarios.

En 2017, se registraron máximos históricos en trasplante renal, un total de 3.269, lo que supone un incremento del 9% con respecto al año anterior. La donación en asistolia se afianza como la vía más clara de expansión del número de trasplantes, con un incremento del 16%. Sin embargo, siguen descendiendo los trasplantes renales de donante vivo, con un total de 332 (frente a los 341 de 2016), probablemente por la existencia de una mayor oferta de trasplante de donante fallecido. Este tipo de trasplante supone el 10,2% del total.

En cuanto a centros, los que han registrado mayor actividad en 2017 fueron el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla en trasplante renal y el Hospital Clinic de Barcelona en trasplante renal de donante vivo. Hasta el año 2018 se han efectuado en España 68.856 trasplantes renales. La edad máxima de los donantes de riñón fue de 90 años. La lista de espera para riñón a diciembre de 2017 es de 3.942 adultos y 19 niños, el 72% de la cifra total de lista de espera. En la actualidad disponemos en España de 46 programas de trasplante renal autorizados, 39 de adultos y siete de trasplante infantil.

orinar o escozor durante la micción). Cuando los tumores son localmente avanzados se acompañan de síntomas obstructivos claros, además puede haber hematuria (sangre en la orina) o signos de infección (estos dos últimos son poco frecuentes). Cuando se trata de tumores avanzados puede aparecer edema o hinchazón de piernas (debido al crecimiento de ganglios linfáticos regionales), dolores óseos (por extensión tumoral al hueso) e incluso debilidad o pérdida de fuerza en piernas (compresión de la médula espinal).

La glándula prostática está dividida anatómicamente en tres zonas:

- Zona central (25% de la glándula): contiene los ductos (conductos eyaculatorios).
- Zona de transición (10%): cerca de la uretra, región en donde se desarrolla hiperplasia benigna.
- Zona periférica (65%): región posterolateral, más susceptible al desarrollo del cáncer.

La mayoría de los cánceres de próstata son adenocarcinomas (70% de la región periférica, 20% de la zona transicional y 10% de la central). Otros tipos tumorales menos frecuentes: adenocarcinoma de los ductos prostáticos (a menudo presionan sobre la uretra), adenocarcinomas mucinosos, carcinoma transicional y carcinomas de célula pequeña o neuroendocrinos. ✚

XXV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia
Valencia. 31 Mayo - 2 Junio de 2018
Palacio de Congresos de Valencia
#SEMG18

SEMG
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Visita la web e ¡inscríbete ya!

vlc.semg.es

Sede del Congreso
Palacio de Congresos de Valencia
Avda. Cortes Valencianas, nº 60
46015 Valencia