

Manejo ambulatorio de la resección endoscópica de tumores vesicales

Dres. FRATTINI, G.*; PAOLONI, G.**; BRASCHI, J.*; BIRABEN, M.*; DE BATTISTA, N.*; CAPONI, H.*

RESUMEN: El tratamiento ambulatorio de algunas patologías quirúrgicas está cobrando cada vez mayor trascendencia. El presente trabajo expone un análisis retrospectivo de 57 casos seleccionados en el preoperatorio para someterse a resección endoscópica de sus tumores vesicales y ser manejadas en forma ambulatoria. Se halló que la edad fue de 70, $98 \pm 9,7$ años; el 84,2% eran pacientes ASA II o III clínicamente estables y el 100% eran tumores menores de 1 cm. El tiempo quirúrgico fue de $20 \pm 6,4$ minutos. El 94,7% retornaron a su domicilio en el transcurso del día. Las complicaciones fueron de poca importancia y tratadas por consultorio externo, quedando sólo 3 pacientes internados por este motivo. Se concluye que es un procedimiento a tener en cuenta en tumores menores de 1 cm, aún en pacientes geriátricos ASA II o III clínicamente estables.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 56, pág. 139, 1991)

Palabras clave: Tumores vesicales - Cirugía ambulatoria

INTRODUCCION

Desde que J. H. Nicoll presentara su informe en 1909 sobre cirugía ambulatoria en el "Glasgow Royal Hospital for Sick Children" (1) hasta nuestros días, el manejo quirúrgico de pacientes externos ha cobrado cada vez mayor trascendencia.

Actualmente se considera que del total de las cirugías que se realizan, del 40 al 60 por ciento pueden ser practicadas sobre la base de cirugía ambulatoria (2, 3), entendiéndose como tal a aquella en la que el paciente ingresa y egresa de la unidad hospitalaria entre las 08.30 AM y las 05.00 PM (4).

Se considera este procedimiento como ventajoso por: disminuir las listas de espera, menor riesgo de infección intrahospitalaria, beneficios económicos, menor desarraigo familiar, etc. (5).

La cirugía endoscópica urológica también puede realizarse basándose en estos conceptos.

El objetivo del presente trabajo es analizar la eficacia, ventajas y complicaciones de la resección endoscópica de tumores vesicales (RETV) operados sobre base ambulatoria.

PACIENTES Y METODOS

Se analizaron retrospectivamente todos los pacientes seleccionados en el preoperatorio para ser sometidos a RETV y manejados en forma ambulatoria, durante el período comprendido entre los meses de setiembre de 1985 y noviembre de 1990, en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata.

La inclusión de los pacientes en el estudio fue independiente de la edad, el sexo, o que hubieran tenido o no RETV previas.

Se incluyeron aquellos pacientes que cumplieran con

* Servicio de Urología

** Servicio de Anestesiología Hospital Privado de Comunidad
Córdoba 4545 - 7600 Mar del Plata - Argentina

los requisitos básicos de la cirugía ambulatoria, que se anotan en el cuadro 1 (3, 4, 5).

Tabla 1

Requisitos Básicos de la Cirugía Ambulatoria

Médicos	Sociales
Pacientes ASA III o menor clínicamente estables	Residencia del paciente próxima al hospital.
Duración total de la cirugía menor de 40 minutos	Aceptación por parte del paciente al tipo de procedimiento.
Acceso prioritario a la internación en caso de presentarse complicaciones.	Paciente o persona a cargo con buen nivel de alerta para detectar posibles complicaciones.
Accesibilidad quirúrgica de la lesión vesical.	
Tumor menor de 1 cm.	
Apariencia endoscópica de lesión no invasora.	
Paciente apto para la cirugía de acuerdo al examen prequirúrgico.	

Se consignó el tamaño tumoral, diagnosticado por cistoscopia previa.

Se realizó, dentro de los 30 días previos a la intervención, un examen prequirúrgico que constó de: Laboratorio básico (glucemia, creatinemia, hemograma, KPTT y urocultivo), Abreugrafía, ECG y Examen clínico completo.

Los pacientes llegaron a quirófano con un ayuno desde la noche anterior, ingresando directamente desde el vestuario de cirugía ambulatoria del hospital.

No se utilizó premedicación anestésica (4) y se continuó con los tratamientos habituales del paciente hasta el día anterior a la cirugía.

Una vez en quirófano se revaluó al paciente clínicamente y se determinaron las patologías previas antecedentes quirúrgicos y anestésicos y el riesgo anestesiológico (según ASA).

Se realizaron los controles basales de T. arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, se canalizó una vena periférica con catéter de Teflón cal. 16 a 18, iniciándose una infusión de dextrosa al 5% en solución fisiológica. Se practicó monitoreo ECG en derivación V5 a todos los pacientes, según normas del servicio de anestesiología.

Los controles de T.A y F.C. se continuaron aproximadamente cada 5 minutos durante el procedimiento.

Se utilizaron 2 técnicas anestésicas:

- 1) En un 75,4% de los casos se administró Thiopental como inductor a dosis sueño, Fenanil como analgésico y un agente inhalatorio (Halotano o Enflurano) como mantenimiento.
- 2) En el 24,6% restante se utilizó la técnica de sedación endovenosa más anestésico local, incorporada al servicio de anestesiología a partir de 1988. Esta se basa en la administración endovenosa de 0,1 mg/kg de Midazolam, 1 microgramo/kg de Fentanil, más

dosis suplementarias de Thiopental durante el transcurso de la anestesia. La instilación de anestésico local se realizó por vía endouretral, a dosis de 400 mg (20 ml de Lidocaína al 2% sin epinefrina).

- El análisis promedio de las drogas y dosis utilizadas se detallan en el Cuadro 2.

Cuadro 2

Técnica	Droga	Dosis
Endovenosa más anestésico local	Fentanil	1 microgr./kg
	Midazolam	0,1 mg/kg
	Thiopental	150 mg.
	Lidocaína	400 mg s/epi. (endouretral)
Inhalatoria	Thiopental	275 mg.
	Halotano	1,5 %
	Enflurano	2%
	Fentanil	1 microgr./kg.

A los pacientes anestesiados con inhalatorios se los apoyó con O2 al 100%, asistiendo manualmente al paciente. En ciertos casos fue necesaria la utilización de sondas orofaríngeas tipo Guedel.

En los que se utilizó la técnica endovenosa más anestésico local, se usó máscara de O2 a porcentajes variables (24 al 50%). No se realizó intubación endotraqueal en ninguno de los casos.

Se registraron las complicaciones anestésicas como vómitos, náuseas, dolor (éstas según lo refirió el paciente), depresión respiratoria o cardiovascular y la necesidad de internación por causa de ellas.

La recuperación anestésica se evaluó con la escala de Alderete y el paciente egresó una vez alcanzados los criterios de alta (Cuadro 3)

Cuadro 3

Criterios de Alta

- 1 Signos vitales estables en los últimos 30 minutos.
- 2 Ausencia de nuevos signos o síntomas después de la operación que requieran observación.
- 3 Ausencia de sangrado activo.
- 4 Score de Alderete-Kroulic 9 o 10.
- 5 Ausencia de vómitos en los últimos 30 minutos.
- 6 Sin dolor; o dolor mínimo, posible de ser tratado con DAINE.
- 7 Paciente capaz de pararse y caminar.

Con el paciente en posición de litotricia modificada, se dilató la uretra hasta calibre 28F. Se efectuó cistoscopia y se procedió a reseca o tomar biopsias de las lesiones vesicales, utilizando equipo Storz o Wolff con camisa 26F.

Se usó como elemento de perfusión agua destilada estéril sin aditivos.

La técnica quirúrgica fue similar a la utilizada en procedimientos no ambulatorios, prestando especial atención a la hemostasia y características del lecho resecaado.

Se evaluó el uso de sonda vesical en el posoperatorio. El egreso del paciente fue acompañado de la indicación de Ac. Pipemídico 400 mg cada 12 horas por 7 a 10 días y analgésicos (DAINE) según necesidad.

Todos los casos fueron citados dentro de los 5 a 7 días, luego de la cirugía donde se evaluaron las complicaciones más alejadas.

Se los controló con cistoscopia dentro de los 3 meses para determinar resultados y evolución posoperatorias.

RESULTADOS

En 38 pacientes se realizaron: 50 RETV, 6 biopsias vesicales y se incluyó además un paciente en el que se suspendió la cirugía por complicación anestésica.

En consecuencia, el grupo de estudio está constituido por 57 casos.

La distribución de sexos fue: hombres 27 (71%), mujeres 11 (29%). El promedio de edad fue de 70,98 ± 9,68 años.

Las patologías previas y si estaban o no en tratamiento se detallan en el Cuadro 4, destacándose que las más frecuentes halladas fueron: hipertensión arterial 43,8%, arritmias 31,6%, cardiopatía isquémica 26,3%, EPOC 17,5% y diabetes 12,3%.

Cuadro 4

Patologías Previas

Patología	Nº	Tratamiento	
		Si	No
Hipertensión arterial	25	23	2
EPOC	10	5	5
Diabetes	7	7	-
Arritmias	18	12	6
Bloqueos de conducción	6	2	4
Cardiopatía isquémica	15	14	1
Insuf. cardíaca congen.	4	4	-
Miocardiop. dilatada	1	1	-
Gota	1	1	-
Depresión	2	2	-
Enf. de Parkison	2	2	-
Polineuritis	1	1	-
Enf. de Crohn	1	1	-
Anemia crónica	2	2	-
Arteriopatía periférica	1	-	1
Alergia medicamentosa	1	-	1

El ASA de los pacientes fue el siguiente: ASA I: 15,8% (9 pacientes). ASA II: 42,1% (24 pacientes). ASA III: 42,1% (24 pacientes).

Todos los pacientes estaban clínicamente estables en el momento de la cirugía.

Con respecto a las complicaciones anestésicas no se observaron diferencias significativas entre las dos técnicas utilizadas (Tabla 5)

Tabla 5

Complicaciones anestésicas

	General (n=43)		Endovenosa (n=14)		Valor de p
		%		%	
Hombres	32	74,42	8	57,14	
Mujeres	11	25,58	6	42,86	
ASA I	7	16,67	2	14,29	
ASA II	20	46,51	4	28,57	
ASA III	16	37,21	8	57,14	
Hipertensión	4	9,30	1	7,14	NS
Hipotensión	1	2,33	-	-	NS
Extrasístoles ventriculares	3	6,98	-	-	NS
Extrasístoles supraventriculares	1	2,33	-	-	NS
Dolor	4	9,30	3	21,43	NS
Náuseas y vómitos	10	23,26	6	42,86	NS

De los casos operados, el 69,6% (39 pacientes) fueron tumores únicos y el 30,4% múltiples (17 pacientes).

De éstos, un 89,2% (50 pacientes) eran papilares y un 10,8% (6 pacientes) tumores de aspectos sólido.

Las biopsias vesicales correspondieron a estos seis últimos casos.

El 83,9% (47 pacientes) fueron lesiones menores de 2,5 cm y el 16,1% (9 pacientes) midieron entre 0,5 y 1 cm.

La duración de la cirugía fue de 20 ± 6,40 minutos.

La recuperación anestésica, medida por la escala de Alderete, se produjo dentro de las primeras dos horas en el 100% de los pacientes.

Un 5,3% (3 pacientes) debieron quedar en observación por más de 2 horas por no cumplir con los criterios de alta, retirándose en el transcurso del día.

Las complicaciones observadas se detallan en la Tabla 6.

Tabla 6

Complicaciones

Complicaciones		n	%
Anestésicas n=57	Náuseas y vómitos	16	28,07
	Dolor	7	12,28
	Extras. ventriculares	3	5,26
	Extras. supraventric.	1	1,75
	Hipertensión	5	8,77
	Hipotensión	1	1,75
Quirúrgicas n=56	Infección urinaria	3	5,36
	Hematuria leve	11	19,64
	Irritación vesical	5	8,93
	Disuria	8	14,29

Tres pacientes (5,3%) requirieron internación. Uno de ellos por complicación anestésica (hipertensión más extrasístoles ventriculares frecuentes intraoperatorias) que obligó a suspender la cirugía.

El segundo caso presentó cuadro de sepsis dentro de las primeras 24 horas, diagnosticándose posteriormente uropiñofrosis izquierda secundaria a obstrucción ureteral por litiasis más infección sobregregada. El paciente respondió favorablemente al tratamiento administrado.

En el último paciente se observó intraoperatoriamente una pequeña solución de continuidad vesical extraperitoneal que obligó a la colocación de sonda vesical por 48 horas con buena evolución ulterior.

Seis casos (10,7%) quedaron con sonda vesical posoperatoria por un promedio de 3,16 días.

En sólo un paciente hubo recidiva tumoral antes de los tres meses, siendo ésta en un sitio diferente del de la resección anterior.

DISCUSION

El promedio de edad de los pacientes fue de 70,98 ± 9,68 años, coincidente con la mayor incidencia de tumores vesicales (6, 7).

El 42,11% eran pacientes ASA III, pero clínicamente estables, lo que no contraindica el procedimiento ambulatorio (8).

El tiempo quirúrgico (promedio 20) (6,40 min) se encuadró dentro de las recomendaciones de Wetchler y Epstein (3, 8).

De los 57 casos considerados, 54 (94,7%) retornaron a su domicilio en el día, lo que constituye un beneficio en pacientes geriátricos, ya que disminuye la incidencia de agitación y confusión posoperatorias (9).

Con respecto a la técnica anestésica, se utilizó la sedación endovenosa en un 24,6% de los casos. Esta se basa en la administración de drogas a las dosis necesarias para producir sedación, relajación y amnesia, sin deteriorar el nivel de conciencia ni los reflejos protectores (tos-deglución). El paciente posee la capacidad de mantener libre su vía aérea y, por consiguiente, la respiración, y de poder responder a órdenes verbales. Si todo esto se asocia con la analgesia del anestésico endouretral, se obtiene una técnica capaz de reemplazar a la anestesia general (10, 11, 12, 13).

Si bien no se observaron diferencias significativas entre ambas técnicas anestésicas, el número de casos de nuestra serie es reducido y se requieren futuros estudios comparativos para confirmar este hallazgo.

No se utilizaron ansiolíticos la noche previa porque el nivel de ansiedad de los pacientes ambulatorios es menor, y porque éstos aumentan el tiempo de recuperación y las complicaciones posanestésicas (4, 14).

Se ha descrito que un 86% de los pacientes ambulatorios tienen un contenido gástrico mayor de 25 ml. con un pH por debajo de 2,5 lo que resulta en una mayor probabilidad de neumonitis en caso de aspiración (15). Los pacientes llegaron con más de 12 horas de ayuno, y no se los premedicó con bloqueantes H2 ni antianémicos; y aunque no hubo ningún caso de vómito ni regurgitación en toda la serie durante el acto operatorio, se cree que sería conveniente incorporar la premedicación oral con Ranitidina 150 mg la noche anterior como profilaxis de la neumonitis por aspiración (16).

Un 89,5% estuvo en condiciones de egresar antes de las 2 horas de concluido el procedimiento, valor superior al observado por otros autores (11).

Todos los tumores fueron menores de 1 cm, por lo que se los considera adecuados para el manejo ambulatorio (11, 17).

Sólo se requirió el uso de sonda vesical en un número reducido de casos (10,7%) lo que constituye una ventaja para este tipo de procedimientos.

Aunque el número de complicaciones posoperatorias fue elevado, sólo 3 (5,25%) pacientes requirieron internación por ellas, y el resto fueron de poca importancia y se manejaron satisfactoriamente por consultorio externo.

El tratamiento quirúrgico pudo considerarse efectivo en todos los casos de RETV realizados.

CONCLUSIONES

1. La resección endoscópica de tumores vesicales se puede realizar sobre base ambulatoria en aquellos tumores menores de 1 cm, en forma efectiva y con buena tolerancia por parte del paciente.
2. Los pacientes ASA II y III con enfermedades previas de importancia, pueden ser sometidos a este procedimiento, si éstas se hallan controladas y clínicamente estables.
3. Las complicaciones observadas fueron, en la mayor

parte de los casos, de poca importancia y manejadas por consultorio externo.

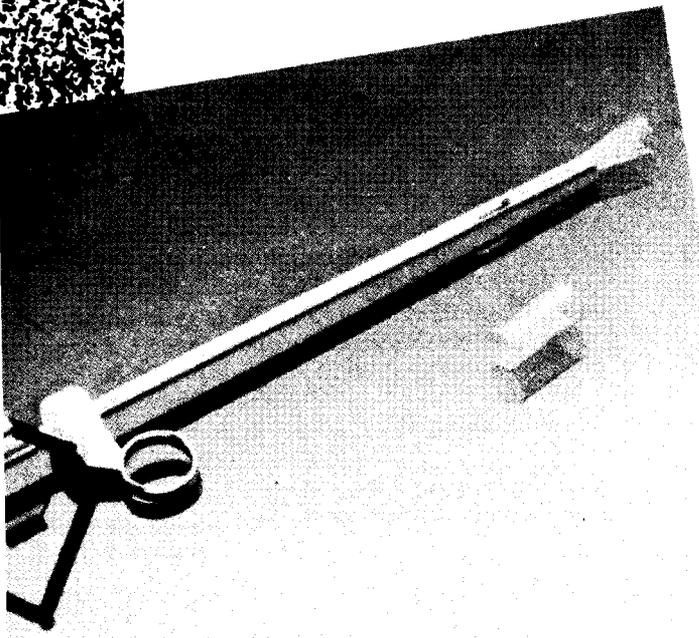
4. El presente estudio demuestra que el manejo ambulatorio de tumores vesicales es una alternativa a tener en cuenta aún en pacientes geriátricos con diversas patologías.

BIBLIOGRAFIA

1. Nicoll, J. H.: The surgery of infancy. *Br. Med. J.*, 2:753, 1909.
2. Berryman, J. M.: Development and organization of out-patients surgery units. *Urol. Clin. of North Am.*, 14 (1):1, 1987.
3. Wetchler, B. W.: *Outpatient anaesthesia*. En: *Clinical Anaesthesia*. J. B. Lippincott, 1989. Pág. 1339-1364.
4. Ogg, T. W.: Use of anaesthesia, implications of day-case surgery and anaesthesia. *Br. Med. J.*, 281:212, 1980.
5. Moffat, N. A.: Transurethral resection of prostate and bladder tumors. *Urol. Clin. of North Am.*, 14 (1):115, 1987.
6. Droller, M. J.: Cáncer de células transicionales: vías urinarias altas y vejiga. En: *Campbell - Urología*. 5ª edición. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 1986. Cap. 30, p. 1450.
7. Scorticati, C.; Costa, M. A.: Pautas de diagnóstico y tratamiento. Simposium de Urología Oncológica, julio de 1990.
8. Epstein, B. S.: Outpatient anaesthesia. *ASA refuser courses*. *Anesthesiology*, 2:81, 1974.
9. Wetchler, B. W.: Outpatient general and spinal anaesthesia. *Urol. Clin. of North Am.*, 14 (1):31, 1987.
10. Lundgren, S.: Sedation as an alternative to general anaesthesia. *Acta Anaesthesiology Scand*, 32 (sup 88):21, 1987.
11. Birch, B. R. P. y col.: Sedoanalgesia in urology: a safe, cost effective alternative to general anaesthesia. *Br. J. Urol.*, 66:342, 1990.
12. McDonald, H. P.: Office ambulatory surgery in urology. *Urol. Clin. of North am.*, 14 (1):28, 1987.
13. Reves, J. G. y col.: Midazolam, use and pharmacology. *Anaesthesiology*, 62:310, 1985.
14. Meridy, H. W.: Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management. A retrospective study of 1.553 cases. *Anaesth. Analg.*, 61:921, 1982.
15. Ong, B. Y. y col.: Gastric volume and pH in outpatients. *com. Anaesth. Soc. J.*, 25:36, 1978.
16. Ranchikanti, L. y col.: Ranitidine and metoclopramide for prophylaxis of aspiration pneumonia in elective surgery. *Anaesth. Analg.*, 63:903, 1984.
17. Engberg, A. y col.: Transurethral resection of bladder tumors under local anesthesia. *Urology*, 12:385, 1983.

PROTESIS ENDOURETRAL WALLSTEN AMS - UROLUME

Ya se realizaron en la Argentina los primeros implantes



La prótesis endouretral UroLume (Wallstent) de AMS es un dispositivo implantable destinado a los hombres que necesitan un tratamiento para mitigar la obstrucción urinaria

La prótesis consiste en un cilindro de malla trenzada fabricado con hilo de superaleación biocompatible.

Por su diseño exclusivo, la prótesis ejerce una fuerza radial que permite lograr y conservar la expansión, manteniendo al mismo tiempo la flexibilidad.

El uretelio crece sobre la endoprótesis con lo que la malla queda englobada en la pared uretral.

El implante es sencillo: una especial herramienta de aplicación, provista con la prótesis, facilita la visualización citoscópica del posicionamiento del UroLume, que puede ser así implantado en el lugar exacto de la estenosis.

El procedimiento dura unos 20 a 30 minutos.

SERVICIOS DE UROLAB

Ofrecemos la ayuda de un colega urólogo con experiencia en el implante de UroLume, para que asista durante el procedimiento.
Ofrecemos suministrar dos medidas de prótesis (2 cm y 3 cm) en el momento del implante. La longitud correcta se determina durante el procedimiento.
Ofrecemos asistir al paciente o a su familia para la obtención de cobertura por parte de la Obra Social.

UROLAB

DIVISION DE CARDIOLAB S.A.

Av. Córdoba 1345, 9º piso 1055 - BUENOS AIRES 42-9620/9629/9690/9699 Fax. (01) 953-0069

Distribuidores y representantes en 20 ciudades del interior del país.

UROTEM

● **MAXIMO
ESPECTRO
ANTIBACTERIANO**

● **EXCELENTE EFICACIA
EN EL TRATAMIENTO DE
LAS INFECCIONES URINARIAS**

● **ESCASA
RESISTENCIA
BACTERIANA**

● **COMODA POSOLOGIA**
● **BUENA TOLERANCIA GENERAL**

FORMULA:

Cada comprimido de UROTEM contiene:

Norfloxacina 400 mg
Excipientes, c.s.p. 550 mg

POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION:

Se sugiere una posología de 400 mg,
dos veces al día durante 7 días.

PRESENTACION:

Envases por 14 comprimidos.

Laboratorios **TemisLastaló**

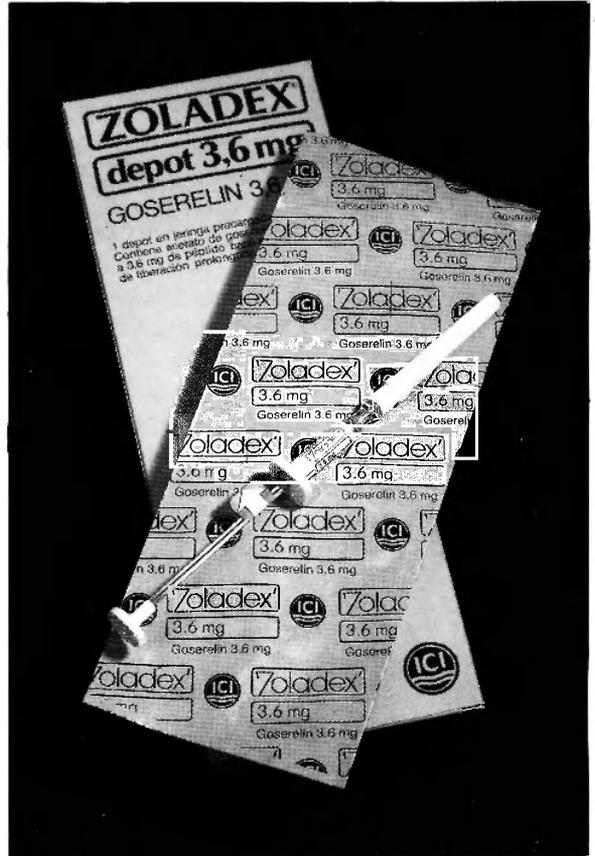
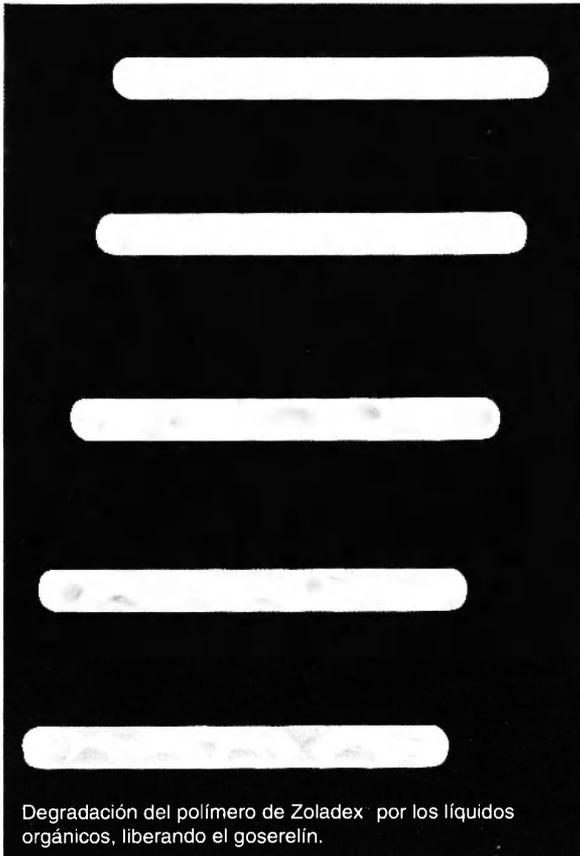


inovación

Zoladex[®]

goserelin ICI N° 118360

*La forma más avanzada
para tratar el cáncer de próstata*



Formulación Novedosa y Exclusiva:

Zoladex[®] (Goserelin), análogo de la LHRH, contenido en un implante biodegradable.

Único que se inyecta por vía subcutánea en la pared anterior del abdomen, cada 28 días.

*Una inyección subcutánea
cada 28 días*

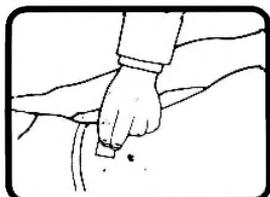
Única lista para usar.

Zoladex®

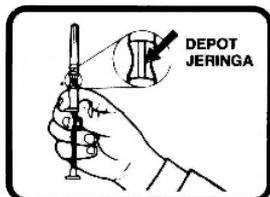
goserelin ICI N° 118360

La forma más avanzada para tratar el cáncer de próstata

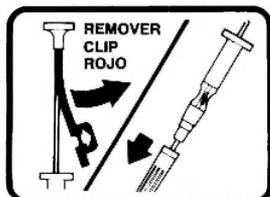
Instrucciones para su uso



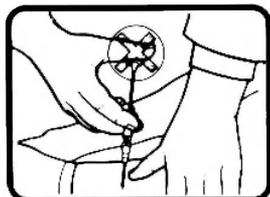
Limpiar el área cutánea abdominal a inyectar e infiltrar con anestesia local si es necesario.



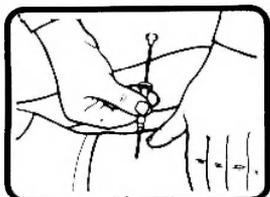
Abrir la bolsa rasgando donde indican las flechas y sacar la jeringa. **No remover el dispositivo rojo.** Chequear que el depot esté presente en la jeringa.



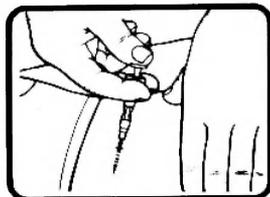
Remover el dispositivo rojo tomando los recaudos necesarios para no expulsar accidentalmente el depot. Quitar la tapa que cubre la aguja.



Toma incorrecta para la inserción de la aguja.



Toma correcta: dedos alrededor del cilindro.



Insertar la aguja en forma subcutánea. Presionar el émbolo hasta inyectar totalmente el depot. Cubrir el área inyectada con una gasa estéril.

Información para prescribir

Presentación: Zoladex® se presenta como un depot cilíndrico estéril de color blanco cremoso en el cual el acetato de goserelin (equivalente a 3,6 mg. de goserelin) está disperso en una matriz biodegradable contenida en una jeringa precargada. Se trata de una dosis única, no fraccionable, para inyección subcutánea. **Fórmula:** Cada jeringa precargada contiene: Goserelin (como acetato) 3,6 mg. Co-polímero láctico/glicólico c.s.p. 18,0 mg. **Acción Terapéutica:** Zoladex® es un superanálogo de la LHRH, útil en el tratamiento del cáncer de próstata sensible a la terapia hormonal y en el cáncer de mama de pacientes premenopáusicas y perimenopáusicas en las que es adecuado un tratamiento hormonal. Zoladex®, empleado en el tratamiento de la endometriosis alivia los síntomas, incluyendo el dolor, y reduce el tamaño y el número de las lesiones endometriales. Zoladex® empleado en el tratamiento de fibromas reduce las lesiones, mejora el estado hematológico del paciente y disminuye los síntomas, incluyendo el dolor. Se utiliza como adyuvante de la cirugía para facilitar la técnica y reducir la pérdida de sangre operatoria. **Posología y Administración:** Adultos: Inyección subcutánea de un depot de Zoladex® 3,6 mg. cada 28 días en la pared abdominal anterior. En caso necesario se puede utilizar un anestésico local. No es necesario modificar la dosis en los pacientes de la tercera edad o con insuficiencia renal o hepática. Niños: No se recomienda su utilización en niños. **Precauciones:** Se deberá ejercer especial cuidado en aquellos pacientes con riesgo de desarrollar obstrucción de los uréteres o compresión de la médula espinal y los mismos deben ser monitoreados frecuentemente durante el primer mes de tratamiento. Si ya existe o se está desarrollando compresión de la médula espinal o insuficiencia renal debida a obstrucción de los uréteres, se deberá comenzar con el tratamiento estándar de estas complicaciones. La utilización de LHRH análogos en mujeres puede causar pérdida de la densidad mineral ósea. Actualmente los estudios realizados sugieren que puede existir cierta recuperación de la pérdida ósea con el cese de la terapia. No hay datos clínicos sobre los efectos del tratamiento de afecciones ginecológicas benignas con Zoladex®, por períodos superiores a seis meses. **Advertencias:** Después de dosis múltiples de Zoladex® por tiempo prolongado, se ha observado un aumento en la incidencia de tumores hipofisarios benignos en la rata macho. Aunque este hallazgo es similar al que se había observado anteriormente en esta especie luego de la castración quirúrgica, no se ha determinado que tenga importancia en el ser humano. El tratamiento prolongado con dosis repetidas en ratones, produjo cambios histológicos en algunas regiones del sistema digestivo manifestados por hiperplasia de las células de los islotes pancreáticos y proliferación benigna de la región pilórica, también reportada como una lesión espontánea en esta especie, desconociéndose la relevancia clínica de estos hallazgos. **Efectos Colaterales y Secundarios:** Se han reportado erupciones cutáneas, pero generalmente son leves y ceden sin que sea necesario suspender la terapia. Efectos farmacológicos en el hombre incluyen llamaradas de calor y disminución de la potencia, que no requieren la suspensión del tratamiento. Infrecuentemente se ha observado turgencia y sensibilidad mamaria. Al inicio del tratamiento los pacientes con cáncer de próstata pueden experimentar un aumento transitorio del dolor óseo, que puede ser tratado sintomáticamente. Efectos farmacológicos en la mujer incluyen llamaradas de calor, sudoración y cambios en el libido que no requieren la suspensión del tratamiento. Ocasionalmente se han notado cefaleas, cambios del estado de ánimo, incluyendo depresión, sequedad vaginal y cambios en el estado mamario. Inicialmente, las pacientes con cáncer de mama pueden experimentar un aumento transitorio de signos y síntomas, que pueden ser tratados sintomáticamente. Excepcionalmente las pacientes con metástasis ósea han desarrollado hipercalcemia al inicio del tratamiento. Muy raramente algunas mujeres pueden entrar en la menopausia durante el tratamiento con LHRH análogos y no reanudar las menstruaciones con el cese de la terapia. **Contraindicaciones:** Embarazo: Zoladex® no debe utilizarse durante el embarazo debido a que existe un riesgo teórico de aborto o anomalía fetal. Las mujeres potencialmente fértiles deben examinarse cuidadosamente antes de iniciar el tratamiento para excluir la posibilidad de embarazo. Durante la terapia con Zoladex® deberían utilizarse métodos anticonceptivos no hormonales. Lactancia: No se recomienda la utilización de Zoladex® durante la lactancia. **Sobredosis:** No hay ninguna experiencia de sobredosis en seres humanos. Estudios en animales sugieren que con dosis de Zoladex® más altas que las normales, no existen otros efectos que no sean los terapéuticos sobre la concentración de la hormona sexual en suero y sobre el aparato reproductor. En el caso de sobredosis el tratamiento debe ser sintomático.

Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud y Acción Social. Certificado N° 39238
Conservar dentro de su envoltorio original y en heladera a temperatura menor de 25°C
Zoladex® es la marca registrada de Goserelin ICI N° 118360 Investigado y desarrollado por ICI.

Utilizar solamente si la bolsa
está intacta



L.N. Alem 1110 4º Piso

(1001) Buenos Aires

Para mayor información:

Relaciones médicas. Tel.: 312-1595

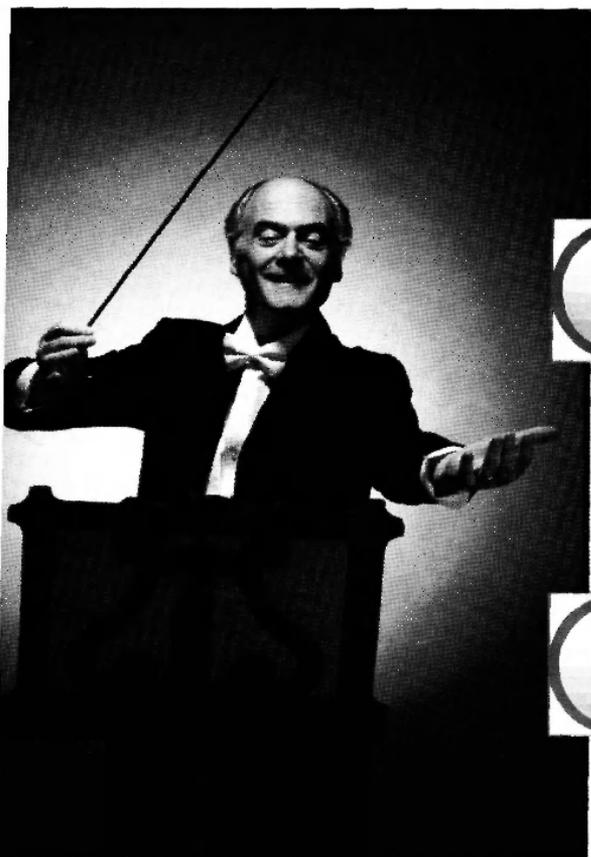




PERMIXON

Serenoa Repens Bagó

Antiprostático Integral



Detiene el crecimiento prostático.



Mejora específicamente los signos y síntomas de la H.P.B.

PERMIXON
Serenoa Repens Bagó

Devuelve a la vida su ritmo habitual.



Bajo Licencia
P.F. Médicament

Bagó