



Figura 3 Tomografía computarizada abdominal sin contraste.

Este fue el caso de nuestra paciente, se produjo una torsión de ovario a consecuencia de un teratoma maduro quístico de años de evolución que hizo que la paciente tuviese que ser intervenida de forma urgente por laparoscopia, pues la técnica de abordaje es segura y menos invasiva, evitando dejar secuelas posquirúrgicas como lo son las adherencias pélvicas que pueden generar infertilidad y dolor pelviano⁴.

El diagnóstico a través de la clínica de la paciente, con un buen diagnóstico diferencial, las pruebas de imagen realizadas y el tratamiento quirúrgico urgente, evitaron que se produjera una trombosis arterial, necrosis o infarto hemorrágico del ovario, que a veces condiciona una peritonitis grave e incluso la muerte³.

Bibliografía

1. Álvarez de la Rosa M, Padrón E, Hernández P, Trujillo JL. Teratoma quístico de ovario con concreciones sólidas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:263–6.
2. Martín-Francisco C, Lailla JM, Bajo JM. Patología tumoral del ovario. Clasificación y terminología de los tumores de ovario. *Histogénesis y Anatomía Patológica. Fundamentos de la Ginecología.* 2009;34:421–32.
3. Marichal Hernández CA, Nieves Perdomo G, Hernández Ponce JA, Pastor Santoveña M, Martín Corriente M. Teratoma quístico maduro ovárico: características de imagen y diagnóstico de sus complicaciones. Póster n.º S-0855. Granada: Sociedad Española de Radiología Médica; 2012. p. 1–26.
4. Amat L, Rodríguez MA, López EL, Guillén JJ, Gómez MD, Lailla JM. Tratamiento quirúrgico del teratoma quístico benigno. *Prog Obstet Ginecol.* 2000;43:21–6.

I. Espejo Pérez^{a,*}, J.J. Querol Gutiérrez^a, S.M. Palenzuela Paniagua^b y L. Martínez Santiso^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital INGESA de Ceuta, Ceuta, España

^b Atención Primaria, Centro de Salud Otero de Ceuta, Ceuta, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabelespejo@hotmail.com (I. Espejo Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.10.003>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Es tiempo de abandonar el tacto rectal?



Is it time to abandon the digital rectal examination?

Sr. Director:

Según un nuevo estudio, en varones con una concentración normal de antígeno prostático específico (PSA), el tacto rectal raras veces ayuda a diagnosticar cáncer de próstata clínicamente significativo y, sin embargo, es una exploración invasiva, incómoda y de muy poca utilidad. En un análisis de datos del estudio estadounidense de Detección de Cáncer de Próstata, Pulmón, Colorrectal y Ovario (PLCO), la valoración mediante tacto rectal en el contexto de concentraciones normales de PSA captó un 2% adicional de varones con cáncer de próstata clínicamente importante. Los autores de este trabajo, publicado recientemente en la revista *Current Medical Research and Opinion*, señalan que tal vez sea tiempo de abandonar el tacto rectal¹.

En el 2012, la Comisión de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) dio a conocer las recomendaciones para

no utilizar de manera sistemática el PSA para la detección de cáncer de próstata en varones sanos. Esta recomendación fue controvertida, pero los médicos redujeron el uso de PSA para la detección sistemática. Sin embargo, se ha prestado menos atención a la detección mediante tacto rectal y no se ha aclarado si los tactos rectales mejoran la detección del cáncer de próstata. Por este motivo, un grupo de autores decidieron analizar si era útil la detección del cáncer de próstata mediante tacto rectal en el estudio PLCO².

En el estudio PLCO se evaluaron los programas de detección de cáncer y su repercusión en la mortalidad por cáncer de próstata. En el grupo sujeto a detección, 38.340 varones fueron objeto de pruebas de PSA y tactos rectales cada año durante los primeros 3 años; continuaron sometiéndose a detección mediante PSA otros 2 años más, hasta un total de 5 años. El grupo de control consistió en pacientes que recibieron tratamiento habitual. Se efectuó seguimiento a los participantes durante 13 años. Aquellos con un resultado de prueba anormal fueron remitidos a su urólogo para que se les realizara una biopsia³.

Este nuevo estudio se centró en los varones que recibieron las 2 pruebas de detección en los primeros 3 años. Basándose en las guías de práctica clínica para el cáncer de próstata del *National Comprehensive Cancer*

Network (NCCN), los investigadores definieron al cáncer de próstata clínicamente importante como un tumor que se asociaba a una concentración de PSA de más de 10 ng/ml, con una puntuación de Gleason de ≥ 7 , o un estadio clínico $\geq T2b$ en varones de 75 años o menos. Durante ese tiempo, se realizaron en los varones 129.028 pruebas de PSA y 124.694 tactos rectales. De las pruebas de PSA, 10.490 (8,1%) fueron anormales y dieron lugar a 3.422 biopsias (32,6% de las detecciones anormales)¹.

Estas biopsias identificaron a 1.317 varones con cáncer de próstata; de estos casos, 680 (19,9%) se consideraron como cáncer de próstata clínicamente importante. De las pruebas de tacto rectal, 9.362 (7,5%) fueron anormales y sospechosas de cáncer de próstata; estas pruebas dieron por resultado la realización de 2.024 biopsias¹.

Por cada año estudiado, los varones con tactos rectales anormales aislados tuvieron significativamente menos probabilidades ($p < 0,05$) de someterse a biopsia que aquellos con concentraciones de PSA anormales aisladas. Las biopsias que fueron motivadas por un resultado de tacto rectal anormal aislado identificaron a 616 varones con cáncer de próstata y se consideró que de estos 317 tenían cáncer de próstata clínicamente significativo¹.

El análisis demostró que la tasa de detección de cáncer de próstata con tacto rectal fue significativamente más baja que la asociada a resultados de PSA anormales aislados para cada año y en general ($p < 0,01$), con excepción del año 2 ($p = 0,12$)¹.

Este estudio resalta la superioridad del PSA como una detección independiente del cáncer de próstata que es clínicamente importante en comparación con el tacto rectal, por lo que este no parece ser útil para detectar casos de enfermedad clínicamente importante si los varones van a someterse a detección mediante PSA. Los datos del estudio PLCO también demostraron que se tendrían que realizar más de 1.000 tactos rectales para identificar un caso de cáncer de próstata clínicamente significativo¹.

Sin embargo, las conclusiones de este estudio están basadas en datos derivados del estudio PLCO. Este estudio ha sido criticado por una serie de factores, a saber, la utilización variable de biopsia después de pruebas de cribado positivas, la falta de biopsias al final del estudio para determinar la morbilidad en la población, y las bajas cifras de varones negros que participaron en el estudio³.

Podemos concluir que los datos de este trabajo indican una utilidad limitada del tacto rectal aislado como una modalidad de cribado para el cáncer de próstata. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en el presente estudio de todos los varones con tactos rectales anormales, solo una pequeña proporción se sometió a biopsia, con lo que se debilitan los argumentos, por lo demás convincentes, que plantean los autores. Asimismo, aun cuando se disponga de menos información basada en evidencia en torno a la utilidad del tacto rectal para la detección de cáncer de próstata, hay una multiplicidad de motivos para continuarlo como parte integral de la exploración física.

Bibliografía

1. Cui T, Kovell RC, Terlecki RP. Is it time to abandon the digital rectal examination? Lessons from the PLCO Cancer Screening Trial and peer-reviewed literature. *Curr Med Res Opin.* 2016; 1–7.
2. Brenes Bermúdez FJ, Alcántara Montero A. ¿Detección precoz o cribado en la prevención del cáncer de próstata? *Semergen.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2016.01.014>
3. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2012;104:125–32.

A. Alcántara Montero^{a,*} y F.J. Brenes Bermúdez,^b
Miembros del Grupo de Trabajo de Nefrourología SEMERGEN

^a Centro de Salud José María Álvarez, Don Benito, Badajoz, España

^b Centro de Salud Llefíá, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com
(A. Alcántara Montero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2016.10.005>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hidrosadenitis supurativa: Visión desde la Microbiología



Hidradenitis suppurativa: The Microbiology perspective

Sr. Director:

Hemos leído con interés la revisión de García-Martínez et al. publicada recientemente en su Revista¹ y en consonancia con lo apuntado en el apartado de «antibióticos orales» queremos aportar 3 mensajes que complementan lo señalado por los autores desde la visión de la microbiología clínica.

En primer término cabe indicar la dificultad de establecer la etiología del cuadro y de identificar con solvencia los microorganismos implicados en el mismo. En este sentido resulta relevante la contribución de Nikolakis et al.² en la que se revisan 9 estudios prospectivos y uno retrospectivo entre los años 1950 y 2015 que incluyen más de 10 pacientes. Entre ellos únicamente se incluyen 3 trabajos posteriores al año 2000 y solo uno incorpora controles³. Todos los artículos exponen el hallazgo en las muestras de estafilococos, sobre todo coagulasa negativos pero también *S. aureus*, y teniendo en cuenta que el trabajo metodológicamente más riguroso es el de Guet-Revillet et al.³, estos últimos autores proponen requisitos que se deberían cumplir en la metodología tales como cultivar muestras de origen profundo, protegerlas del