

De los 138 hombres de Trinidad y Tabago con cáncer de próstata, 39,9% mostraron la presencia de anticuerpos contra el VHH-8, lo que constituye una prevalencia significativamente superior a la encontrada en los 140 hombres del grupo testigo pareados según la edad (22,9%;  $P = 0,003$ ; razón de posibilidades [OR] = 2,24; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,29 a 3,90). Entre los estadounidenses, la seroprevalencia del VHH-8 también fue significativamente superior entre los 100 hombres con cáncer de próstata en comparación con los 177 donantes de sangre que constituían el grupo testigo (5,1%;  $P = 0,001$ ; OR = 4,67; IC95%: 1,91 a 11,65) y con los 99 hombres con cáncer que no guardaba relación con el VHH-8 (13%;  $P = 0,253$ ; IC95%: 0,77 a 3,54).

Esta investigación demostró que la seropositividad al VHH-8 es más elevada en grado significativo en hombres con cáncer de próstata que en testigos de la misma edad sin ese padecimiento, lo cual indica que el VHH-8 participa en el desarrollo del cáncer de próstata.

Aunque estos hallazgos vinculan por primera vez la seropositividad al VHH-8 con el cáncer de próstata, no implican que el VHH-8 sea la causa directa del cáncer de próstata. Otros estudios orientados a detectar la presencia del virus en la glándula han llegado a resultados contradictorios. (Hoffman LJ, Bunker CH, Pellett PE, Trump DL, Patrick AL, Dollard SC, et al. Elevated seroprevalence of human herpesvirus 8 among men with prostate cancer. *J Infect Dis.* 2004;189:15–20).

### **Criterios para la detección temprana de los casos de SARS**

El reconocimiento temprano de los casos de síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y la rápida aplicación de medidas para el control de esta infección constituyen en la actualidad las principales estrategias para evitar o reducir la diseminación de esta epidemia.

Teniendo en cuenta que las características clínicas del SARS son similares a las de otras neumonías bacterianas y virales y que hasta el momento no se dispone de pruebas de laboratorio que permitan confirmar o descartar el diagnóstico de SARS en pacientes que se presentan ante el médico con fiebre y síntomas respiratorios, se hace necesario aplicar un enfoque diferente para identificar estos casos. Además, como los pacientes pueden transmitir el virus en las etapas iniciales de la enfermedad, el objetivo de cualquier estrategia de diagnóstico debe ser poder identificar a los pacientes con SARS tan tempranamente como sea posible.

En este trabajo se expone un procedimiento que combina las consideraciones epidemiológicas

con los hallazgos clínicos a fin de facilitar el reconocimiento de los casos de SARS cuando acuden al médico por primera vez.

Los signos y síntomas clínicos más frecuentes en los casos de SARS son los siguientes: un período de incubación de 4 a 67 días, aunque la mayoría de los pacientes se enferman entre 2 y 10 días después de la exposición al virus; fiebre, generalmente acompañada de cefalea, mialgia, malestares, escalofríos y espasmos musculares (en algunos pacientes, la cefalea, la mialgia y los malestares preceden a la fiebre y esta se resuelve cuando aparecen los síntomas respiratorios, normalmente 2 a 7 días después de la aparición de la enfermedad. Entre 40 y 75% de los pacientes tienen taquipnea, taquicardia e hipoxemia cuando se presentan ante el médico.

La mayoría de los pacientes muestran cantidades normales o ligeramente bajas de leucocitos totales y de 70 a 95% de ellos tienen linfocitopenia. La mayoría de los pacientes (70–90%) tienen valores elevados de lactatodeshidrogenasa. La información disponible indica que casi todos los pacientes con pruebas de laboratorio que confirman la infección por el coronavirus del SARS (SARS-CoV) muestran signos radiográficos de neumonía, la cual se detecta con mayor sensibilidad mediante la tomografía computadorizada.

Las principales pruebas para el diagnóstico de la infección por SARS-CoV son 1) la detección de ácido ribonucleico (ARN) mediante transcripción inversa seguida de la reacción en cadena de la polimerasa tradicional o en tiempo real, y 2) la detección serológica de anticuerpos contra el SARS-CoV. Sin embargo, ninguna de estas pruebas arroja resultados concluyentes acerca de la presencia o ausencia de esta infección en el momento en que se evalúa al paciente por primera vez. Aunque hasta el momento se han empleado con más frecuencia muestras tomadas de las vías respiratorias para detectar el virus, este puede detectarse con mayor facilidad en el suero durante las etapas tempranas de la enfermedad y en las heces en etapas posteriores.

La utilización de criterios epidemiológicos constituye un elemento crítico que puede ayudar a identificar los casos de SARS en las etapas más tempranas de la infección. Entre los parámetros epidemiológicos que ayudan a hacer el diagnóstico figuran el contacto previo con algún caso conocido de SARS o la estancia, breve o prolongada, en una zona donde se han documentado casos de esta infección; el vínculo epidemiológico del caso con algún brote de neumonía; y la participación en la atención directa de pacientes con SARS o en el manejo de muestras obtenidas de estos pacientes. Después de llegar a un diagnóstico provisional de SARS basado en los criterios clínicos y epidemiológicos discutidos, se deben seguir los lineamientos

vigentes de aislamiento preventivo mientras duren la evaluación y el tratamiento.

Cabe tener presente que un diagnóstico confirmado de otra enfermedad no descarta la posibilidad de que se trate de un caso de SARS, ya que es frecuente la coinfección por SARS-CoV y otros patógenos respiratorios. En particular debe procurarse no descartar el diagnóstico de SARS si hay elementos epidemiológicos que vinculen al paciente con otros casos conocidos de SARS o si el paciente forma parte de un brote con características similares. El único método de laboratorio disponible en la actualidad para descartar el diagnóstico de infección por SARS-CoV es tener un resultado negativo a la prueba serológica en la etapa de convalecencia, es decir, después de más de 28 días de la aparición de los síntomas.

Debido a que la identificación de los nuevos casos de SARS depende de su contacto con otras personas o con zonas afectadas por esta infección, los médicos deben mantenerse informados acerca de la distribución geográfica del SARS. Esta información puede encontrarse en los sitios de Internet de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América (<http://www.cdc.gov>) y de la Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int>). (Jernigan JA, Low DE, Helfand RF. Combining clinical and epidemiologic features for early recognition of SARS. *Emerg Infect Dis* [serial online]. 2004 (febrero). Hallado en: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no2/03-0741.htm> Acceso el 18 de febrero de 2004.)

### Estadísticas de cáncer de los Estados Unidos, 2004

El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta el sector de la salud pública en países desarrollados, particularmente en los Estados Unidos de América (EUA), donde actualmente una de cada cuatro muertes se debe a esa enfermedad. En el artículo que aquí se describe se dan las cifras de los indicadores más frecuentemente empleados en relación con el cáncer en ese país para el año 2004.

Las tasas de incidencia y mortalidad que se ofrecen han sido ajustadas según la distribución de edades de una población estándar de un millón de personas en el año 2000. Los datos se obtuvieron del Centro Nacional para las Estadísticas de Salud [*National Center for Health Statistics, NCHS*], del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales [*Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER)*] del Instituto Nacional del Cáncer, y de la Oficina del Censo de los EUA. Las causas de muerte se codificaron y clasificaron según la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8, CIE-9*

y *CIE-10*). Los casos de cáncer se clasificaron por sitio anatómico de acuerdo con la segunda edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología*.

El número de casos de cáncer que se espera diagnosticar en los EUA durante el año 2004, calculado mediante un modelo autorregresivo cuadrático de tendencias temporales, se ajustó a las cifras anuales estimadas. Estas se basaron a su vez en las estimaciones de los nuevos casos de cáncer en los EUA efectuadas a partir de los datos de incidencia por grupos de edad registrada anualmente entre 1979 y 2000 por el SEER, y de los datos de población de la Oficina del Censo de los EUA. La proyección de las causas de muerte se basó en las causas declaradas en los certificados de defunción, según el NCHS.

Se calcula que en 2004 ocurrirán 1,4 millones de nuevos casos de cáncer invasor en los EUA. Además, se espera diagnosticar más de un millón de casos de cáncer de piel de células basales y escamosas, 59 390 casos de carcinoma in situ de la mama y 40 780 casos de melanoma in situ.

Más de 55% de los nuevos casos de cáncer en hombres serán de próstata, pulmones y bronquios, y colon o recto. El cáncer de próstata será el más frecuente (33%) y, según los datos de 1992 a 1999, aproximadamente 86% de los nuevos casos serán diagnosticados en los estadios de diseminación local o regional, con tasas de supervivencia a los cinco años de 100%. En cuanto a las mujeres, los cánceres más frecuentes (55% en conjunto) serán de mama, pulmón y bronquios, y colon o recto. El más frecuente será el de mama (32%). Se espera que durante el año 2004 ocurran 563 700 muertes por cáncer en la población estadounidense.

Las tendencias de las tasas de incidencia y de mortalidad han sufrido variaciones debido a algunos cambios introducidos en la clasificación de cánceres en la CIE-10. No obstante, las tasas de mortalidad han continuado disminuyendo tanto en hombres como en mujeres para los cuatro tipos principales de cáncer, salvo en el caso de cáncer de pulmón, cuya incidencia se ha reducido en los hombres pero sigue aumentando en las mujeres. Las tasas de incidencia de cáncer de próstata y de cáncer de mama siguen subiendo, aunque menos aceleradamente. El aumento de cáncer de mama observado en los últimos tiempos podría estar reflejando un mayor uso de los tratamientos de sustitución hormonal, una mayor prevalencia de obesidad o la combinación de ambos factores.

Las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer varían ampliamente entre los diferentes grupos raciales y étnicos. En general, las tasas de incidencia y de mortalidad de los estadounidenses de origen africano son 25% y 43% mayores, respectivamente, que las de los blancos. Aunque las estadouni-