



Revista Urología Colombiana

ISSN: 0120-789X

revistaurologiacolombiana@scu.org.co

Sociedad Colombiana de Urología

Colombia

Sierra, Pablo; Gaviria, Federico; Nieto, John Fredy; Serna, Lina; Ocampo, Catalina;
Zuluaga, Gustavo; Aristizaba, Arbey; Cubillos Gutierrez, Jorge
Papel de la cistouretrografía miccional en el protocolo de trasplante renal: ¿reemplaza al
urólogo?

Revista Urología Colombiana, vol. XXIV, núm. 2, agosto, 2015, pp. 128-129
Sociedad Colombiana de Urología

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149140429011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

5. Gill IS, Zippe CD. Laparoscopic radical prostatectomy: technique. *Urol Clin North Am*. 2001;28:423.
6. American Urological Association. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update. American Urological Association.
7. Burnett AL, Mostwin JL. In situ anatomical study of the male urethral sphincter complex: relevance to continence preservation following major pelvic surgery. *J Urol*. 1998;160:1301–6.
8. Rocco F, Carmignani L, Acquati P, et al. Restoration of posterior aspect of rhabdosphincter shortens continence time after radical retropubic prostatectomy. *J Urol*. 2006;175:2201–6.
9. Rocco F, Gadda F, Acquati P, et al. Personal research: reconstruction of the urethral striated sphincter [in Italian]. *Arch Ital Urol Androl*. 2001;73:127–37.
10. Walsh PC, Partin AW. Anatomic retrograde retropubic prostatectomy. En: Walsh PC, Retnik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editores. *Campbell's Urology*. 10th ed. PA: Saunders: Philadelphia; 2007.
11. Rocco B, et al. Posterior musculofascial reconstruction after radical prostatectomy: a systematic review of the literature. *European Urology*. Mayo. 2012. Unpublished.
12. Rocco F, Carmignani L, Acquati P, et al. Early continence recovery after open radical prostatectomy with restoration of the posterior aspect of the rhabdosphincter. *Eur Urol*. 2007;52:376–83.
13. Walsh PC. Anatomical radical prostatectomy: evolution of the surgical technique. *J Urol*. 1998;160:2418–24.
14. Patel Vipul R. Periurethral suspension stitch during robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: description of the technique and continence outcomes. *Eur Urol*. 2009;56:472–8.
15. Shah TT, et al. Effect of a suspension suture in addition to a total anatomical reconstruction in robot assisted laparoscopic prostatectomy: does it help early continence? *Brit J Med Surg Urol*. 2012.
16. Sammon TQD. Urethrovesical anastomosis during robot assisted radical prostatectomy using barbed polyglactin suture: result from randomized controlled trial. *Eur Urol Suppl*. 2011;10:349.
17. Valero R. Bidirectional barbed suture for bladder neck reconstruction, posterior reconstruction and vesicourethral anastomosis during robot-assisted radical prostatectomy. *Actas Urol Esp*. 2012;36:69–74.

Camilo Andres Giedelman Cuevas

Cirugía Robótica Laparoscópica y de Mínima Invasión,

Clínica de Marly, Bogotá, Colombia

Correo electrónico: camgiedel@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.03.009>

Papel de la cistouretrografía miccional en el protocolo de trasplante renal: ¿reemplaza al urólogo?

Role of voiding cystourethrography in kidney transplant protocol – does it replace the urologist?

Sierra P, et al. Papel de la cistouretrografía miccional en el protocolo de trasplante renal: ¿reemplaza al urólogo? *Urol Colomb*. 2015;24:2-5

El trasplante renal es el tratamiento de elección para los pacientes que requieren de terapia de reemplazo renal permanente, no solamente por la mejora en su calidad y expectativa de vida, sino por la rehabilitación laboral, familiar y social que esta le permite, además, en muchas ocasiones es la única alternativa de tratamiento para la insuficiencia renal crónica estadio 5, sobre todo cuando los accesos vasculares y la cavidad peritoneal se han perdido por trombosis y peritonitis de repetición.

El trasplante renal con donante vivo o cadavérico es una cirugía común en Europa y Estados Unidos, y los pacientes que no tengan contraindicaciones absolutas para la cirugía después de la valoración pretrasplante ingresan a una lista de espera para ser trasplantados, en nuestro medio son

pocos los privilegiados que pueden ingresar en una lista de espera por falta de servicios de trasplantes en el país, solo 6 ciudades, entre ellas Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga y Barranquilla cuentan con clínicas privadas con servicio de trasplantes habilitados y Neiva con el único hospital público del país con servicio de trasplante renal dirigido por un urólogo y, además, por las trabas administrativas para lograr las autorizaciones de las aseguradoras.

Los servicios de trasplantes en Colombia que no cuentan con urólogo en su equipo de profesionales, realizan de forma rutinaria a todos los pacientes la cistografía miccional con el fin de valorar el estado vesical y descartar reflujo vesicoureteral antes del trasplante, en nuestro servicio solo se realiza la cistografía a pacientes con antecedentes de vejiga neurogénica, lo que ha permitido disminuir costos y procedimientos invasivos innecesarios para la mayoría de los pacientes.

Enhorabuena a este artículo, para que las instituciones con servicio de trasplante renal incluyan dentro de su personal a un urólogo capacitado en cirugía vascular, y así brindar un servicio multidisciplinario en beneficio de los pacientes.

Bibliografía recomendada

- Shandera K, Sago A, Angstadt J, et al. An assessment of the need for the voiding cystourethrogram for urologic screening prior to renal transplantation. *Clin Transplant*. 1993;7:299–301.
- Kabler RL, Cerny JC. Pre-Transplant investigation and treatment of end stage renal disease. *J Urol*. 1983;129:475.
- Ramos EL, Kasiske BL, Alexander SR, et al. The evaluation of candidates for renal transplantation. The current practice of U.S. transplant centers. *Transplantation*. 1994;57:490–7.
- Confer DJ, Banowsky LH. *J Urol*. 1980;124:309.
- Reinberg Y, Bumgardner GL, Aliabadi H. Urological aspects of renal transplantation. *J Urol*. 1990;143:1087–92.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.03.002>

Pablo Sierra^{a,b}, Federico Gaviria^{a,b}, John Fredy Nieto^{a,b},
Lina Serna^{a,b}, Catalina Ocampo^{a,b}, Gustavo Zuluaga^{a,b},
Arbey Aristizabal^{a,b} y Jorge Cubillos Gutierrez^{a,b,*}

^a Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Departamento de Nefrología y Trasplante Renal, Hospital
Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgecubillos@fusco.org
(J.C. Gutierrez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.05.008>

Predicción del riesgo de adenocarcinoma prostático con el uso del *Prostate Cancer Prevention, Trial Risk Calculator* en una cohorte colombiana

Predicting the risk of prostate adenocarcinoma when using the *Prostate Cancer Prevention, Risk Trial Calculator* in a Colombian cohort

Poveda JL, Gómez Meza JE, Avila Polanco L, Rojas D, Larios CA. Predicción de riesgo de adenocarcinoma prostático con el uso del *Prostate Cancer Prevention Trial Risk Calculator* en una cohorte colombiana. *Urol Colomb*. 2015;24:6-11.

Para establecer la estratificación del riesgo en cáncer de próstata se han agrupado las diferentes variables de la enfermedad, y paralelamente surge la necesidad de predecir el riesgo de padecer cáncer de próstata; sin embargo cada una de estas variables que intervienen en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad no logran tener un peso estadístico como predictores independientes, en una enfermedad que tiene tal heterogeneidad. Por tal razón es fundamental tener en cuenta los factores genéticos para acercarse más al riesgo real de detectar cáncer de próstata, y eliminar algunas variables que no son fiables al momento de diagnosticar la enfermedad como por ejemplo el PSA entre 6 y 10, o el examen digital rectal que es subjetivo y en la mayoría de los estudios que pretenden validar una herramienta de cálculo de riesgo, no se tiene en cuenta la variación interobservador, ni se valida el hallazgo de el examen rectal imagenológicamente.

Debemos recordar que estas herramientas de cálculo han sido diseñadas sin tener en cuenta la resonancia magnética multiparamétrica, ni las pruebas genéticas; tal vez esta sea una de las razones que limitan su utilidad y hacen que actualmente no se pueda recomendar su uso rutinario, además de carecer de validación externa suficiente en diferentes grupos demográficos.

En países como México, con demografía similar a la nuestra, se ha intentado validar este tipo de herramientas sin lograr una conclusión distinta a no recomendar su uso.

El artículo analizado para esta edición de UROLOGÍA COLOMBIANA, utiliza una cohorte de una población local y tiene un valor especial para nuestra literatura, ya que su diseño metodológico es acertado y sus conclusiones son aterrizadas con la realidad, sin embargo se aleja un poco de lo encontrado en otras publicaciones, y tal vez este último aspecto obedece a no haber agrupado los pacientes de acuerdo al riesgo, para aumentar la posibilidad de predecir cáncer del grupo intermedio o alto en la biopsia prostática, otra variable que se debe tener en cuenta es el volumen prostático, que bien sabemos cobra relevancia al momento de decidir el número de cilindros a extraer como se ha demostrado en otros estudios similares.

Debemos esperar con cautela a que aparezcan estudios prospectivos que validen esta información y que incluyan otras variables que permitan aumentar la posibilidad de predecir con mayor exactitud el riesgo de encontrar cáncer de próstata en una biopsia.

Bibliografía consultada

1. Piñeros M, Gamboa O, Hernández-Suárez G, Pardo C, Bray F. Patterns and trends in cancer mortality in Colombia 1984-2008. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2013; 37:233-9.
2. Gjertson CK, Albertsen PC. Use and Assessment of PSA in Prostate Cancer. *Med Clin North Am* [Internet]. 2011;95:191-200 [citado 21 Jun 2013]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712510001598>
3. Roserio M de S. PSCIN de CEFU del. Guía de atención integral en cáncer. [Internet]. Disponible en: <http://assosalud.com/wp-content/uploads/2011/06/Boletin-GuialC-No1-Enero-2012.pdf>
4. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. *Campbell-Walsh Urology*. 10th Edition Elsevier Inc: Campbell-Walsh Urology; 2012.
5. Liang Y, Ankerst DP, Feng Z, Fu R, Stanford JL, Thompson IM. The risk of biopsy-detectable prostate cancer using the prostate cancer prevention Trial Risk Calculator in a community setting. *Urol Oncol* [Internet]. 2012 [citado 17 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22552047>
6. Ankerst DP, Boeck A, Freedland SJ, Thompson IM, Cronin AM, Roobol MJ, et al. Evaluating the PCPT risk calculator in ten international biopsy cohorts: results from the Prostate Biopsy Collaborative Group. *World J Urol* [Internet]. 2012; 30:181-7. [citado 20 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3616370&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Thompson IM, Ankerst DP, Chi C, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, et al. Assessing prostate cancer risk: results from the Prostate Cancer Prevention Trial. *J Natl Cancer Inst*. 2006;98:529-34.
8. Ankerst DP, Boeck A, Freedland SJ, Thompson IM, Cronin AM, Roobol MJ, et al. Evaluating the PCPT risk calculator in ten international biopsy cohorts: results from the Prostate Biopsy Collaborative Group. *World J Urol*. 2012;30:181-7.