

Injuria renal aguda en ureterolitiasis unilateral en paciente no monorrenal

Acute renal injury in unilateral ureterolithiasis in the non-single kidney patient

Donoso W, Camacho Duarte EY. Injuria renal aguda en ureterolitiasis unilateral en paciente no monorrenal. *Urol Colomb.* 2015;24(2):82–8.

Los investigadores hacen esfuerzos por identificar en una serie de pacientes que consultan por cólico renoureteral, la influencia de los diversos mediadores de la respuesta renal a la obstrucción aguda.

El único parámetro usado, que realmente refleja y de manera gruesa, la función renal, es la medición de creatinina sérica.

El grado de dilatación renal puede asociarse al tiempo de obstrucción (y de hecho, el incluir en la clasificación adelgazamiento cortical hace referencia a obstrucción crónica) severidad de la obstrucción o a variantes anatómicas como la presencia de pélvices intrarrenales. Como tal no necesariamente es reflejo de un grado de injuria renal aguda.

De la misma manera, la localización y tamaño de la piedra no definen el grado de obstrucción y, menos, la magnitud de la injuria renal aguda.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.06.001>

Por otra parte los investigadores no mencionan de qué manera se evalúa cuanto de la elevación de la creatinina está dada por deshidratación, que como sabemos es una situación clínica de alta prevalencia en el cólico renoureteral. Variables que influyen, como cuando se practicó la medición de creatinina (por ejemplo, al ingreso o tras hidratación) y que podrían contribuir a aclarar el interrogante no están informadas.

Aunque se excluyen los pacientes que pueden tener lesión renal previa como son diabéticos y otros, se incluyen pacientes en que se diagnostica infección urinaria sin que se pueda establecer cuanto de la elevación de creatinina sérica se deba a la respuesta inflamatoria sistémica producida por infección.

Con el material disponible, a la única conclusión que se puede llegar es que en los pacientes que consultaron por cólico renoureteral a esa institución y que fueron incluidos en la evaluación, el 26,2% tenía elevación de la creatinina.

Es conocida la liberación de muy diversos mediadores de la respuesta vascular en el cólico renoureteral, sin embargo su identificación y la cuantificación de su efecto en el humano demandaría invasión importante, a la cual es cuestionable si se prestaría el enfermo que acude con este cuadro.

Adolfo Serrano-Acevedo^{a,b}

^a *Urólogo, Fundación Santa Fe, Bogotá, Colombia*

^b *Miembro de número de la Sociedad Colombiana de Urología*

Correo electrónico: adolfo.serrano@ama.com.co

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.09.004>

Quimioterapia neoadyuvante con gemcitabina-cisplatino vs. metotrexato-vinblastina-adriamicina-cisplatino en pacientes con carcinoma urotelial vesical llevados a cistectomía radical: metaanálisis

Neoadjuvant chemotherapy with gemcitabine-cisplatin vs. methotrexate-vinblastine-adriamycin-cisplatin in bladder urothelial carcinoma patients with radical cystectomy: Meta-analysis

Poveda JL, Arias Mutis R, Daza J, Velásquez C, Donoso W, Fajardo W, et al. Quimioterapia neoadyuvante con gemcitabina-cisplatino vs metotrexato-vinblastina-adriamicina, cisplatino en pacientes con carcinoma urotelial vesical llevados a cistectomía radical: metaanálisis. *Urol Colomb.* 2015;24(2):89–100.

La quimioterapia neoadyuvante con la utilización del esquema metotrexato, vinblastina, doxorubicina y cisplatino (MVAC) ha sido el estándar hasta el momento con nivel I de evidencia, estableciéndose como el más efectivo en pacientes con carcinoma urotelial de vejiga, y ciertas características que aumentan la posibilidad de recaída postoperatoria. El estudio pivotal por Grossman et al. demuestra la efectividad del esquema MVAC, este, sin embargo, compara el esquema frente a pacientes llevados a cistectomía sin neoadyuvancia, y no contra otros esquemas de quimioterapia previa a cirugía¹.

La utilización del esquema de gemcitabina, cisplatino (GC) ha ido ganando terreno dada su menor toxicidad, comparativamente con el esquema MVAC. Este, sin embargo, no tiene evidencia nivel I como el MVAC. Y no existen estudios aleatorizados prospectivos que ayuden a definir el mejor esquema. Su utilización se ha basado en estudios de pacientes con enfermedad metastásica, donde se demuestra efectividad similar y mejor perfil de toxicidad. Evidencia retrospectiva reciente comparando ambos esquemas no encuentra diferencia en el escenario de la neoadyuvancia^{2,3}.

En el metaanálisis: Quimioterapia neoadyuvante con gemcitabina-cisplatino vs. metotrexato-vinblastina-adriamicina-cisplatino en pacientes con carcinoma urotelial vesical llevados a cistectomía radical: metaanálisis. El Dr. Poveda et al. hacen una revisión crítica de los diferentes

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.06.002>

estudios donde no encuentran diferencias oncológicas significativas entre los 2 esquemas.

Aunque el tema de la neoadyuvancia en cáncer de vejiga es un área de la oncología clínica, es el urólogo quién debe definir que paciente se beneficia potencialmente de este tipo de tratamiento, y debe ser un crítico y conocedor de los diferentes esquemas para discutir con el oncólogo las ventajas de uno u otro tratamiento. Es el urólogo quién finalmente llevará estos pacientes a cistectomía. Al igual que muchas otras enfermedades uro-oncológicas, las diferentes especialidades deben trabajar de forma multidisciplinaria para mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes.

Debemos reconocer el esfuerzo que se hace el grupo del Dr. Poveda et al. para realizar este metaanálisis que nos ayuda a comparar los 2 esquemas de quimioterapia neoadyuvante.

Referencias

1. Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, Speights VO, Vogelzang NJ, Trump DL, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy

compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. *N Engl J Med.* 2003;349:859–66.

2. Zargar H, Espiritu PN, Fairey AS, Mertens LS, Dinney CP, Mir MC, et al. Multicenter assessment of neoadjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol.* 2015;67:241–9.
3. Galsky MD, Pal SK, Chowdhury S, Harshman LC, Crabb SJ, Wong YN, et al. Retrospective International Study of Cancers of the Urothelial Tract (RISC) Investigators. Comparative effectiveness of gemcitabine plus cisplatin versus methotrexate, vinblastine, doxorubicin, plus cisplatin as neoadjuvant therapy for muscle-invasive bladder cancer. *Cancer.* 2015;121:2586–93.

José Jaime Correa Ochoa^{a,b}

^a *Urólogo oncólogo, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Antioquia, Colombia*

^b *Urología especializada, Torre Médica Ciudad del Río, Medellín, Antioquia, Colombia*

Correo electrónico: jjcorrea@jjcorrea.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.09.003>