

Comentario editorial a «Derivación renoatmosférica endoscópica para fístulas refractarias del tracto urinario inferior»

Editorial comment to «Endoscopic renoatmospheric stent for refractory lower urinary tract fistulas»

A diario nos vemos inundados de literatura médica referente al manejo del cáncer de próstata. Encontramos enormes series de resultados de prostatectomía radical abierta, laparoscópica y/o robótica, así como grandes números de pacientes tratados con radioterapia externa e intersticial. En estas grandes series apenas se mencionan las fístulas del tracto urinario inferior, como un pequeño porcentaje de complicaciones derivadas del tratamiento primario. Sin embargo, como bien lo anotan los Dres. Sierra y Gaviria, es limitada la información que se encuentra para resolver este «pequeño porcentaje de complicaciones», que en la práctica diaria son un verdadero reto para un urólogo.

En la era de la cirugía robótica, del uso del láser en cirugía urológica, exalto el interés de los autores de este trabajo, en tratar de resolver una condición muy desafortunada, usualmente compleja, que en algún momento nos enfrentamos como urólogos, como son las fístulas del tracto urinario inferior, en este caso en particular, en pacientes con un tratamiento primario para cáncer de próstata.

El procedimiento, tal como se describe en el artículo, es técnicamente muy familiar para quien realiza una práctica

urológica general. En la misma descripción realizada por los autores, se menciona el uso de catéter uretral recto 5 Fr, el cual, en mi opinión se puede reemplazar por un catéter de auto retención Mono-J.

Comparada con la colocación de catéter de nefrostomía bilateral, la derivación renoatmosférica no solo elimina el requisito de encontrar dilatado el sistema colector para facilitar el procedimiento, también obvia el riesgo de complicaciones derivadas de la punción y el trayecto (sangrado, hematomas) y es definitivamente menos incómodo portar un solo sistema de drenaje uretral.

Los 3 casos mostrados en esta comunicación presentaban condiciones de complejidad: 2 ellos tenían antecedente de prostatectomía radical y estrechez de anastomosis vesicouretral, que en ambos casos requirieron uretroplastia, y el tercer paciente, había recibido radioterapia como tratamiento primario para cáncer de próstata; se suma el hecho de tratarse de varones mayores de 67 años. Estos factores son clásicamente considerados desfavorables para el cierre de una fístula. A pesar de ello, los 3 tuvieron una evolución satisfactoria y, aunque la experiencia aún es limitada, considero que la derivación renoatmosférica es una alternativa viable y reproducible, al alcance de todo urólogo, que puede resolver exitosamente fístulas complejas del tracto urinario inferior.

Oscar Fernando Cortés Otero^{a,b}

^a *Coordinación de la Unidad de Urología, Clínica Medilaser, Neiva, Huila, Colombia*

^b *Miembro de Número, Sociedad Colombiana de Urología*
Correo electrónico: oscar.cortes.o@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.02.001>

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.05.005>

Comentario editorial a «Infección por el virus de papiloma humano en hombres parejas de mujeres con lesión intraepitelial escamosa del cérvix»

Editorial comment to «Infection by human papillomavirus in male partners of women with a cervixsquamous intraepithelial lesion»

A pesar de los grandes y rápidos avances relacionados con la infección del virus del papiloma humano (VPH), desafortunadamente muchos de estos avances no han sido trasladados a la práctica clínica. En este orden de ideas, para quienes ejercemos la clínica, no contamos con mucha información fácil de transmitir a los pacientes, así que para la comunidad científica es alentador encontrar iniciativas nacionales que contribuyen al conocimiento de la infección del virus de papiloma y mucho más para este caso en los hombres.

La literatura científica que estudia el comportamiento del virus en las mujeres es muy amplia, básicamente el impacto de la persistencia de la infección lo que lleva a generar enfermedades malignas (alrededor de 528.000 nuevos casos en el mundo de cánceres en mujeres relacionados con el VPH), de las cuales el 80% son cánceres de cuello uterino, pero también cánceres de vulva, vagina, ano, cavidad oral y orofaríngeo. En cuanto a hombres, el número de casos nuevos de cáncer anualmente ronda los 33.800, de ellos, el más frecuente es ano, seguido de pene, cavidad oral y orofaríngeo¹.

La publicación que encontramos en esta revista fue realizada para observar la prevalencia de la infección en hombres compañeros de mujeres con lesiones intraepiteliales del cérvix (no cáncer) y es concordante, a pesar de tan pocos pacientes, con los datos de prevalencia del estudio de soldados de México (Lazcano E). Este estudio se realizó en población aparentemente sana y encontró un 44,6% de prevalencia para virus de alto riesgo, sin que su selección de participación fuera el estado de salud de sus parejas. En el año 2002 Franceschi publicó tasas de prevalencia de infección por VPH en la población masculina colombiana aparentemente sana, así como sus compañeras sanas con tasas de 18,8%, los hombres compañeros de mujeres con

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.09.005>

lesiones intraepiteliales de alto grado mostraron una tasa del 20,6%, y hombres compañeros de mujeres con cáncer de cuello uterino con el 32%. El estudio más grande de hombres heterosexuales es el estudio de Brazil con 3.132 participantes (Vardas 2011) con una prevalencia para virus de alto riesgo del 21,2%².

Uno de los hallazgos más importantes de este estudio colombiano es la poca información de los participantes acerca de la infección. Es tal vez una de las razones por las cuales las medidas de prevención no tienen la adherencia esperada dada la magnitud de la enfermedad maligna, tanto en hombres como en mujeres. Los clínicos necesitan educar a sus pacientes, y estoy convencida, que un trabajo aunado entre las sociedades de ginecología, urología y pediatría, podría aportar herramientas de educación en la prevención de la infección por VPH para los pacientes.

La tamización molecular para hombres no es una estrategia aceptada, como tampoco lo es la penoscopia en paciente asintomático o en pacientes asintomáticos con parejas con lesiones por el virus. De hecho, el centro para el control de enfermedades de los Estados Unidos (CDC) no lo recomienda ni siquiera para la población de hombres que tienen sexo con hombres; la razón es el gran número de hombres sin manifestaciones clínicas de la infección que no requieren intervención, además, muchas lesiones acetoblancas en el caso de la penoscopia no tienen correlación con la infección; sin embargo, la evidencia científica se construye día a día y el paso de los resultados de las investigaciones para convertirse esta última en una herramienta clínica, tiene un camino aún más largo³.

La afirmación final del estudio donde resalta los datos de los estudios de prevalencia para determinar el posible impacto de la aplicación de la vacuna en la población masculina, son la razón por la cual ya no solo con estudios de prevalencia de la infección si no con los estudios de eficacia de la administración de vacunas contra el VPH que la vacunación del hombre es un hecho y algunos países ya lo incluyeron en sus programas ampliados de inmunización (programas públicos), pero casi la totalidad de los países que cuentan con vacunas contra el VPH lo tiene aprobado para población masculina en la vacunación de oportunidad (consultorios privados).

Los resultados de eficacia en la población masculina son tan buenos como en las mujeres, la eficacia contra los tipos 6, 11, 16 y 18 relacionados con lesiones genitales externas en la población heterosexual fue del 90,6% y del 66,7% para hombres heterosexuales y hombres que tienen sexo con hombres, con vacuna cuadrivalente en el grupo de apego al protocolo con 3 dosis.

En un reciente estudio publicado por el grupo del Instituto Catalán de Oncología en la *Revista Europea de Urología* encontraron que el virus del papiloma 16 fue el tipo de VPH más frecuentemente detectado, y que representan el 70% de los cánceres de pene por VPH ADN-positivos, cuando se combina con el VPH 18. Esta cifra se eleva al 85% cuando se consideran otros tipos incluidos en la vacuna noavalente. La distribución del VPH observado, refuerza el beneficio potencial de las vacunas contra el VPH actuales y nuevas en la reducción de las lesiones neoplásicas del pene relacionadas con el VPH⁴.

Otros métodos de prevención como el uso consistente del condón parece ofrecer una protección relativamente buena de las infecciones por VPH y el cáncer de cuello uterino. Una buena recomendación es fomentar el uso de condón, ya que podría ser utilizado como un instrumento adicional para evitar colposcopias innecesarias y tratamientos de neoplasia en el cribado cervical, y así reducir el riesgo de cáncer de cuello uterino⁵.

La circuncisión como método de prevención ha sido propuesta, sin embargo la evidencia no es conclusiva. Es de anotar que en el estudio de Albero encontraron que la circuncisión no se asoció con la disminución de la incidencia y la desaparición del VPH genital, a excepción de los tipos de VPH específicos. Sin embargo, el uso en este estudio de una sola muestra combinada del pene y el escroto probablemente limita nuestra capacidad para identificar un verdadero efecto en el pene distal. Se necesita más investigación para determinar los impactos de circuncisión masculina cómo incidencia y eliminación del VPH por los tipos de VPH de sitios específicos⁶.

Con toda esta evidencia el mensaje es prepararnos para el cambio en la prevención y manejo de estas infecciones, y ojala cada vez más urólogos, pediatras y ginecólogos investiguen y publiquen, para así educarnos más en el tema y podamos transmitir información adecuada a nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Ferlay J, et al. Globocan 2012. IARC.
2. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Americas Continent Summary Report Update on Human Papillomavirus and Related Cancers. 2010 [consultado 21 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/hpvcentre>
3. Czoski-Murray C, Karnon J, Jones R, Smith K, Kinghorn G. Cost-effectiveness of screening high-risk HIV-positive men who have sex with men (MSM) and HIV-positive women for anal cancer. *Health Technol Assess.* 2010;14:iii-iv, ix-x, 1-101.
4. Alemany L, Cubilla A, Halc G, Kasamatsu E, Quirós B, Masferrer E, et al. Role of human papillomavirus in penile carcinomas worldwide. *Eur Urol.* 2016, pii: S0302-2838(15)01215-4. doi: 10.1016/j.eururo.2015.12.007. [Epub ahead of print].
5. Lam JU, Rebolj M, Dugué PA, Bonde J, von Euler-Chelpin M, Lynge E. Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia: systematic review of longitudinal studies. *J Med Screen.* 2014;21:38-50.
6. Albero G, Castellsagué X, Lin HY, Fulp W, Villa LL, Lazcano-Ponce E, et al. Male circumcision and the incidence and clearance of genital human papillomavirus (HPV) infection in men: the HPV Infection in men (HIM) cohort study. *BMC Infect Dis.* 2014; 14:75.

Lina Maria Trujillo Sánchez
 Coordinación Ginecología Oncológica, Instituto Nacional
 de Cancerología, Bogotá, Colombia
 Correo electrónico: ltrujillo@cancer.gov.co

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.02.002>