

La cirugía libre de tubos o cualquiera de sus modificaciones debe ser realizada a pacientes muy bien seleccionados, con las potenciales ventajas de la disminución del dolor, disminución del uso de analgésicos y de estancia hospitalaria.

Carlos A. Uribe
Jefe Urología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín,
Colombia
Correo electrónico: uribetrujillo@yahoo.com
<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.03.003>

Comentario editorial a «Uso de la onabotulinumtoxinA en pacientes con vejiga hiperactiva idiopática con falta de eficacia, intolerancia o contraindicación para los anticolinérgicos»

Editorial comment to «Use of onabotulinumtoxinA in patients with idiopathic overactive bladder and a lack of efficacy, intolerance or contraindication with anticholinergics»

El síndrome de frecuencia-urgencia impacta de forma considerable no solo en la condición clínica del paciente y su calidad de vida, sino también en la economía de los sistemas de salud, que se ven obligados a costear de manera racional un problema epidemiológicamente importante. El urólogo, que se enfrenta diariamente a este tipo de pacientes, quiere conocer cuál es la mejor forma de abordar y ordenar el amplio espectro terapéutico que hoy poseemos para el tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática. El trabajo presentado por la doctora Ospina et al., ilustra de forma adecuada cuál debe ser el lugar para la aplicación de la toxina botulínica tipo A y los resultados que pueden ser esperados con su uso en este tipo de pacientes.

Fuera de los inconvenientes aceptados por los autores (tipo de estudio, ausencia de comparación con placebo, no multicéntrico, no reporte de los resultados de calidad de vida), hubiese sido importante conocer cuáles fueron los criterios precisos para considerar la «falta de eficacia e

intolerancia» a los anticolinérgicos, porque es ahí donde se engendra la decisión de pasar a una opción de tercera línea como lo es la toxina botulínica, ya que no podemos olvidar, que antes de prescribir estos medicamentos están en primer lugar las acciones en la regulación del tipo y la ingesta de líquidos, el control de los hábitos miccionales, la micción por horario, etc. Tampoco queda claro, en el estudio, la indicación para elegir entre 100-200 UI de toxina botulínica tipo A en la primera inyección o en las subsecuentes.

El estudio está bien conducido, sus resultados son consistentes y coherentes con los publicados internacionalmente, resaltando el hallazgo de la correlación clínico-urodinámica, que respalda objetivamente los beneficios que la toxina botulínica ha demostrado en el control de la vejiga hiperactiva idiopática a mediano plazo, aunque llama la atención el hallazgo de los autores con respecto al prolongado mantenimiento de los efectos durante casi 2 años después de la primera inyección y más de uno entre la segunda y la tercera, cuando fue necesaria.

En la era donde la teoría integral de la continencia se llena de motivos para ubicar la etiología de la hiperactividad vesical por fuera de la vejiga como órgano, generando expectativas de manejo diferentes a las convencionales para este padecimiento, el presente estudio nos aporta información científica confiable para continuar utilizando la toxina botulínica tipo A en pacientes con «vejiga hiperactiva refractaria» adecuadamente seleccionados.

Juan Manuel Aristizabal Agudelo
Urólogo, Urología CES, Medellín, Colombia
Correo electrónico: juanaa1963@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.04.002>