



SCU
Sociedad Colombiana de Urología®

REVISTA UROLOGÍA Colombiana

www.elsevier.es/uroco



COMENTARIOS EDITORIALES

Comentario editorial a “Análisis de supervivencia del trasplante renal (cohorte retrospectiva)”

Editorial comment to “Survival analysis after kidney transplant (retrospective cohort)”

En el presente artículo los autores plantean un estudio retrospectivo muy llamativo cuyo objetivo es describir las características generales de los individuos a los que se les realizó trasplante renal en la Fundación Clínica Shaio y explorar si existen diferencias en supervivencia de los pacientes y de los injertos por subgrupos. Este estudio presenta un objetivo interesante y para ello los mismos autores tienen una base de datos de sus pacientes, que entre febrero de 1986 y junio de 2015 suman 323 registros de los cuales, según la tabla 1 analizaron 321 registros.

Para la búsqueda del objetivo primario los autores dividieron a los pacientes en 3 subgrupos (género, infecciones y terapia de inducción); y como lo mencionan los autores, los 2 tipos de infecciones analizadas son tal vez de las más frecuentes en los pacientes con trasplante renal, siendo las fases tempranas del trasplante renal las de más riesgo para este tipo de complicaciones infecciosas. Es así como podemos encontrar, dependiendo de cada grupo de trasplantes, una incidencia de IVU de entre el 10% y el 70% en el primer año¹, y esta gran heterogeneidad depende de muchos factores anatómicos y funcionales tanto de la etapa preoperatoria, como intra- y postoperatoria. Por otra parte, la infección por citomegalovirus se puede presentar desde momentos tan tempranos como el primer mes postrasplante y hasta los 12 meses siguientes con una incidencia, sin profilaxis, que puede llegar hasta el 70%²; esta alta incidencia obliga a los equipos de trasplante renal, como muy acertadamente lo mencionan los autores, a tomar medidas profilácticas en los pacientes llevados a trasplante renal para reducir esta complicación y mejorar la expectativa de vida del injerto renal.

Otro aspecto que llama la atención es que 245 pacientes recibieron inducción con alemtuzumab y 78 con timoglobulina; es decir, todos los pacientes recibieron terapia de inducción independientemente del riesgo de rechazo a corto plazo o agudo, sería interesante ver en la tabla 1 el dato de cuántos pacientes con alemtuzumab estaban en alto

riesgo y riesgo estándar o bajo, así como qué pacientes con timoglobulina estaban en estos mismos subgrupos de riesgo y las dosis de inducción utilizadas, pues de esta manera tendrían unos resultados más objetivos y homogéneos en cuanto a este objetivo, puesto que algunos autores reservan las terapias de inducción para receptores con alto riesgo de rechazo agudo y evitan estas terapias en pacientes con bajo riesgo. No existe evidencia de que exista una mejor sobrevida del injerto renal a largo plazo en pacientes de riesgo estándar o bajo que reciben terapia de inducción con agentes que depletan células T en comparación con aquellos que no la reciben o que reciben dosis bajas en riesgo estándar³⁻⁷, lo que de alguna manera puede sesgar los resultados obtenidos por los autores.

Otro factor importante que los autores mencionan en la discusión es el uso que tiene el alemtuzumab en contraste con la timoglobulina. Por ejemplo, en regiones como la Unión Europea el alemtuzumab está restringido al manejo de esclerosis múltiple desde el 8 de agosto de 2012 y por tanto su uso como terapia inductora se reduce alrededor del 0%⁸, mientras que en EE. UU. su uso se encuentra en menos del 10%; en parte, esto se puede deber a sus efectos adversos, por ejemplo, la infección por BK virus parece ser 2 veces más frecuente con alemtuzumab que con terapia inductora convencional; asimismo, la leucopenia es 3,6 veces más frecuente^{7,8}, además del riesgo aumentado de infecciones oportunistas y desarrollo de neoplasias o de infección por citomegalovirus a largo plazo.

Para finalizar, quiero invitar a los autores del presente estudio y a todos los colegas interesados en el trasplante renal que continúen haciendo investigación sobre estos temas tan interesantes y apasionantes para seguir construyendo conocimiento en esta área de la urología que a veces parece olvidada.

Bibliografía

1. Riatiga D. Factores que influyen en la presentación de infecciones urinarias en pacientes llevados a trasplante renal, cómo podemos modificarlos. Madrid, España: RCA grupo editor; 2016. p. 14–23.
2. Ortega F, Arias M, Campistol JM, Matesanz M, Moreales JM. Trasplante renal, complicaciones médicas. Buenos Aires/Madrid: Fundación Renal Indigo Alvarez de Toledo, ed. Panamericana; 2007. p. 168–9.
3. Hill P, Cross NB, Barnett AR, Palmer SC, Webster AC. Polyclonal and monoclonal antibodies for induction therapy in kidney transplant recipients. Cochrane Database Syst Rev. 2017:CD004759, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004759.pub2>.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.03.005>

4. Cherikh WS, Kauffman HM, McBride MA, Maghirang J, Swinnen LJ, Hanto DW. Association of the type of induction immunosuppression with posttransplant lymphoproliferative disorder, graft survival, and patient survival after primary kidney transplantation. *Transplantation*. 2003;76:93–1289. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14627905>
5. Opelz G, Naujokat C, Daniel V, Terness P, Döhler B. Disassociation between risk of graft loss and risk of non-Hodgkin lymphoma with induction agents in renal transplant recipients. *Transplantation*. 2006;81:33–1227.
6. Abramowicz D, Wissing M. Induction protocols: Yesterday, today, and tomorrow. *Transplant Proc*. 1999;31:1–1100. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10083491>
7. Berghofen A, Singer T, Krüger B, Krämer B, Benck U. Alemtuzumab induction therapy in kidney transplantation. *Lancet*. 2015;385:770–1.
8. Karam G, Kälble T, Alcaraz A, Aki FT, Budde K, Humke U, et al. Guidelines on renal transplantation. *European Association of Urology*. 2014:53–8.

Diego Riatiga Ibáñez

Director de la sección de trasplante renal SCU, urólogo experto universitario en Trasplante Renal, Jefe de urología HIUSJ, Bogotá, Colombia
Correo electrónico: dr.riatiga@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2017.03.009>
0120-789X/

© 2017 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comentario editorial a «Función sexual femenina asociada al uso de cintas libres de tensión para el manejo de la incontinencia urinaria de estrés»

Editorial comment to «Female sexual function associated with the use of tension free vaginal tape for stressurinary incontinence»

El trabajo en mención es una iniciativa muy interesante para evaluar la interrelación entre los problemas de piso pélvico y las disfunciones sexuales femeninas y cómo la solución de uno de ellos incide en el otro.

Previamente se ha descrito que la disfunción del piso pélvico se presenta en una de cada 3 mujeres de edad avanzada¹ y paralelamente también se ha establecido que después de los 40 años de edad, el 65,8% de las mujeres que buscan atención ginecológica tienen alguna disfunción sexual². Otros trabajos han encontrado coexistencia frecuente de ambos problemas. Por ejemplo un trabajo de 2016 de corte transversal que buscaba una relación entre la fortaleza de los músculos del piso pélvico y la función sexual en mujeres posmenopáusicas reportó en una muestra de 113 mujeres con edad promedio de 53 años que aquellas con mayor fortaleza de los músculos de piso pélvico tenían menos disfunciones sexuales³.

La conjunción de ambos problemas en el grupo de mujeres de edad avanzada ha creado el interrogante de una posible relación de causa efecto entre ellos, es decir, ¿es posible que la disfunción del piso pélvico sea el causante de la disfunción sexual femenina? y obviamente una segunda: ¿la corrección del problema del piso pélvico puede o no afectar positivamente la vida sexual de estas mujeres?

Los trabajos que han buscado una relación causa-efecto de la disfunción de piso pélvico con la disfunción sexual han reportado resultados contradictorios. Algunos tienden a

mostrar una relación directa, pero otros solamente reflejan una asociación más relacionada con la edad^{4,5}.

Un reciente trabajo de tipo retrospectivo analizó 755 mujeres con diferentes tipos de disfunción de piso pélvico y encontró menor capacidad para disfrutar del sexo en personas con prolapso de órganos, pélvicos, incontinencia fecal y defecación obstruida. Sin embargo, cuando corrigieron para edad, dispareunia, atrofia tisular y condiciones de su compañero, la asociación desapareció⁶, lo que favorece un origen común relacionado con la edad.

Lo que sí es llamativo y positivo es la evolución de las disfunciones sexuales cuando se trata la disfunción del piso pélvico con cualquier método quirúrgico o no.

Cuando se evalúa el manejo de las disfunciones de piso pélvico con algunos tratamientos antiguos, la respuesta no es muy alentadora. Un reciente estudio de las consecuencias del uso de pesarios en mujeres con prolapsos mostró que hubo una reducción del 54 al 42% en las mujeres que tenían vida sexual activa⁷.

Los estudios del manejo de la disfunción del piso pélvico con terapia de fortalecimiento son mucho más promisorios en cuanto a la mejoría que traen sobre la actividad sexual femenina.

Algunos de estos trabajos muestran mejorías tan limitadas como uno en el que la fisioterapia del piso pélvico en mujeres posparto mostró mejoría solamente en un subgrupo de mujeres que tenían lesión significativa del elevador del ano en un síntoma único que era sentir «la vagina laxa o floja»⁸.

Otros muestran resultados más alentadores y dan pistas acerca de los predictores de buena respuesta de la función sexual. Un trabajo con una muestra limitada a 54 mujeres reportó que en pacientes con incontinencia urinaria sometidas a 3 sesiones de fisioterapia de piso pélvico supervisadas, más ejercicio en casa, aquellas que tenían mayor paridad, demostraron mayor adherencia a los ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico y demostraron aumento de la fortaleza de la musculatura del piso pélvico y disminución de los episodios de incontinencia tienen más probabilidad de mejoría específicamente en el deseo sexual, la excitación y el orgasmo que aquellas que no lograban esos objetivos⁹.

De manera muy similar, un estudio en 50 mujeres noruegas mostró que luego de 6 meses de terapia de

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.11.001>