

Comentario editorial a «Mortalidad perioperatoria en pacientes sometidos a cistectomía radical en un hospital universitario»

Editorial comment to «Peri-operative mortality in patients subjected to radical cystectomy in a university hospital»

El cáncer de vejiga es una enfermedad que en algunos contextos se ha considerado como una de las neoplasias con mayor carga económica para los sistemas de salud, teniendo en cuenta la alta tasa de recaída y progresión, requerimiento de múltiples intervenciones, estudios de seguimiento, y en enfermedad avanzada tratamientos radicales con alta morbilidad como la cistectomía radical. Siendo este último procedimiento uno de los más retadores de la cirugía urológica¹.

Por su morbimortalidad perioperatoria y complejidad, este procedimiento a pesar de ser el estándar de manejo, no se realiza con la frecuencia que se debería. Se asocia a demoras frecuentes en su realización desde el diagnóstico, que como es conocido se correlaciona directamente con la evolución clínica y progresión de la enfermedad².

En este estudio se realiza una revisión retrospectiva de las historias clínicas de un hospital universitario en búsqueda de las características sociodemográficas y perioperatorias de los pacientes llevados a cistectomía radical en un periodo de 10 años. Como es descrito en el artículo, una de nuestras falencias en la comunidad urológica es no utilizar una clasificación estandarizada de complicaciones, lo que dificulta el análisis de estas y la futura aplicación de estrategias en pro de mejorar el manejo. Este es un llamado a utilizar un lenguaje similar para el reporte, en nuestra práctica diaria.

Al revisar las características de los pacientes, llama la atención la frecuencia de algunas variables como: hidronefrosis (67%), ASA III (64%) y derivación urinaria tipo ureterostomías cutáneas (32%). Estas sugieren que los pacientes son tratados con enfermedades avanzadas, compromiso importante de su estado general y probablemente esto no permita una derivación urinaria donde se utilice el tracto intestinal. De forma indirecta puede ser explicado por un sistema de salud que, aunque tiene gran cobertura, una vez se tiene diagnósticos catastróficos y de alto costo, las barreras para el acceso a estos tratamientos están a la orden del día.

La tasa de complicaciones reportada, incluyendo la mortalidad, es equivalente a la literatura mundial, al tomar los datos de series retrospectivas multicéntricas³. Sin embargo, cabe anotar que en los últimos años estas han venido disminuyendo en los diferentes trabajos y la diferencia podría estar en relación a las características basales de los pacientes de este artículo, así como algunas otras variables descritas¹. Por ejemplo, en un estudio retrospectivo del registro nacional de salud de Norte América, donde se agruparon 79,972 pacientes y se demostró que los hospitales

con mayores volúmenes quirúrgicos tenían una mayor tasa de detección temprana de complicaciones⁴. De igual forma el consenso internacional de cáncer de vejiga y derivación urinaria de 2012, recomienda que este procedimiento se realice en instituciones de alto volumen con un mínimo de 20-25 cirugías al año, realizadas por no más de 2 cirujanos.

Últimamente se ha diseñado un protocolo de manejo en cirugía compleja (especialmente gastrointestinal), que rompe paradigmas de múltiples costumbres quirúrgicas, así como cambios en el manejo pre, intra y postoperatorio. Se trata de las recomendaciones de la sociedad Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]), que claramente ha demostrado la disminución de morbilidad y estancia hospitalaria en otras áreas quirúrgicas⁵, y a la fecha, gracias a los excelentes resultados ha empezado a incursionar en nuestro campo⁶. Dentro de los conceptos novedosos de este protocolo se incluyen: evitar preparación intestinal, evitar ayuno (2 h para líquidos), administración de hidratos de carbono prequirúrgicos, movilización temprana, evitar administración de opioides, anestesia euvolémica y dieta temprana (4 h postoperatorio), entre otros^{7,8}. En mi experiencia lo he venido aplicando en los últimos 2 años con muy buenos resultados subjetivos, y espero próximamente tener datos robustos dignos de publicación. Exhorto a mis colegas a aplicar este protocolo que puede mejorar de forma significativa complicaciones, morbilidad y estancia hospitalaria.

Bibliografía

1. Hautmann RE, Abol-Enein H, Davidsson T, Gudjonsson S, Hautmann SH, Holm HV, et al. ICUD-EAU International Consultation on Bladder Cancer 2012: Urinary diversion. *Eur Urol.* 2013;63: 67–80.
2. Gore JL, Lai J, Setodji CM, Litwin MS, Saigal CS, Urologic Diseases in America Project. Mortality increases when radical cystectomy is delayed more than 12 weeks: Results from a Surveillance, Epidemiology, and End Results-Medicare analysis. *Cancer.* 2009;115:988–96.
3. Lavallée LT, Schramm D, Witiuk K, Mallick R, Fergusson D, Morash C, et al. Peri-operative morbidity associated with radical cystectomy in a multicenter database of community and academic hospitals. *PLoS One.* 2014;9:e111281.
4. Trinh VQ, Trinh QD, Tian Z, Hu JC, Shariat SF, Perrotte P, et al. In-hospital mortality and failure-to-rescue rates after radical cystectomy. *BJU Int.* 2013;112:E20–7.
5. Greco M, Capretti G, Beretta L, Gemma M, Pecorelli N, Braga M, et al. Enhanced recovery program in colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg.* 2014;38:1531–41.
6. Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljungqvist O, Hubner M, et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]) society recommendations. *Clin Nutr.* 2013;32: 879–87.
7. Patel HR, Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljungqvist O, et al. Enhanced recovery after surgery: Are we ready, and can we afford not to implement these pathways for patients undergoing radical cystectomy? *Eur Urol.* 2014;65: 263–6.
8. Azhar RA, Bochner B, Catto J, Goh AC, Kelly J, Patel HD, et al. Enhanced recovery after urological surgery: A contemporary systematic review of outcomes, key elements, and research needs. *Eur Urol.* 2016;70:176–87.

Nicolas Villareal Trujillo
Médico Urólogo Oncólogo, FOSCAL Internacional,
Bucaramanga, Colombia
Correo electrónico: nicolasvillareal@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2017.09.005>
0120-789X/

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de
Sociedad Colombiana de Urología.

Comentario editorial a «Experiencia en el manejo de la estrechez uretral en un centro de tercer nivel en Colombia»

Editorial comment to «Management of urethral stricture in tertiary centre in Colombia»

El manejo de la enfermedad uretral asociada a la estrechez o estenosis de la misma, es un camino dispendioso y retador para el urólogo en la actualidad¹. El uso de técnicas endoscópicas y «mínimamente invasivas» son de uso recurrente a nivel mundial según lo muestran diferentes encuestas realizadas, probablemente por su facilidad técnica, manejo ambulatorio y bajo requerimiento de habilidad, hacen que este sea el procedimiento inicial en el manejo de esta enfermedad compleja²⁻⁴. Infortunadamente los resultados son muy desalentadores a corto y medio plazo, con lo cual el paciente es sometido a repetición del mismo, y en el mejor de los casos remitido a un centro especializado para manejo. La enfermedad uretral requiere para su manejo un entrenamiento adecuado para buscar los mejores resultados en la primera intervención⁵⁻⁸.

En el artículo de Contreras et al. vemos plasmada la experiencia en un centro de tercer nivel en el cual nos describen los resultados del manejo de esta enfermedad. Como causa principal de la lesión uretral, está la instrumentación urológica acorde a lo descrito en otras publicaciones, así mismo nos muestran que los métodos diagnósticos son los más frecuentemente utilizados, respecto a los manejos es llamativo que optan por la reconstrucción uretral como manejo inicial en un buen porcentaje de los pacientes por encima del manejo endoscópico, y al hacer el análisis de las intervenciones realizadas y sus complicaciones relacionadas se confirma que el manejo endoscópico inicial es el que más recurrencias presenta requiriendo la realización de procedimientos adicionales^{5-7,9}.

En cuanto a las herramientas utilizadas para el seguimiento utilizan variadas, pero para este tipo de enfermedad e intervenciones, no son siempre equiparables, pues hay muchos factores que las pueden hacer variar, relacionadas con diferentes condiciones del paciente. Por este motivo, la tendencia es a utilizar cuestionarios de calidad de vida como el PROM, validado recientemente al español¹⁰.

Se trata de una publicación que nos muestra parte de la realidad de la enfermedad uretral, y nos invita a buscar estandarizar clasificaciones, estudios diagnósticos y manejos de la misma, buscando los mejores resultados para el

paciente y preferiblemente en centros de referencia con personal entrenado en el manejo de esta enfermedad cada vez más frecuente en nuestro medio.

Bibliografía

1. Mathur R, Aggarwal G, Satsangi B, Khan F, Odiya S. Comprehensive analysis of etiology on the prognosis of urethral strictures. *Int Braz J Urol.* 2011;37:362-70.
2. Attwater HL. History of urethral stricture. *Br J Urol.* 1943;15:39-43.
3. Sachse H. Die transurethrale scharfe schlitzung der harnrohrenstriktur mit einem sichtsurethrotom [German]. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie.* 1973;25:143.
4. Chapple CR, Patterson JM. Surgical techniques in substitution urethroplasty using buccal mucosa for the treatment of anterior urethral strictures. *Eur Urol.* 2008;53:1162-71.
5. Bullock T, Brandes S. Adult anterior urethral strictures: A national practice patterns survey of board certified urologists in the united states. *J Urol.* 2007;177:685-90.
6. Van Leeuwen MA, Brandenburg JJ, Kok ET, Vijverberg PL, Bosch JL. Management of adult anterior urethral stricture disease: Nationwide survey among urologists in the Netherlands. *Eur Urol.* 2011;60:159-66.
7. Chapple C, Andrich DE, Atala A, Barbagli G, Cavalcanti A, Kulkarni S, et al. SIU/ICUD consultation on urethral strictures: The management of anterior urethral stricture disease using substitution urethroplasty. *Urology.* 2014;83 Suppl 3: S31-47.
8. Andrich DE, Mundy AR. A fellowship programme in reconstructive urological surgery: What is it and what is it for? *BJU Int.* 2010;106:108-11.
9. Chilton CP, Shah PJ, Fowler CG, Tiptaft RC, Blandy JP. The impact of optical urethrotomy on the management of urethral strictures. *Br J Urol.* 1983;55:705-10.
10. Puche-Sanz I, Martín-Way D, Flores-Martín J, Expósito-Ruiz M, Vicente-Prados J, Noguera-Ocaña M, et al. Validación psicométrica de la versión en castellano del cuestionario USS-PROM para pacientes sometidos a cirugía de uretra anterior. *Actas Urol Esp* 2016;40:322-327.

Germán Adolfo Patiño Sandoval
Coordinador Clínica Urología Reconstructiva de Adultos,
Hospital San Ignacio, Bogotá, Colombia
Profesor Instructor, Pontificia Universidad Javeriana,
Bogotá, Colombia
Correo electrónico: patinoga@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2017.09.004>
0120-789X/

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