



EDITORIAL

Alejandro R. Rodríguez, M.D.

Secretario General CAU
Winston Salem, North Carolina

Estimados amigos y colegas miembros de la Confederación Americana de Urología (CAU), el sitio web de nuestro congreso CAU 2023 que se llevará a cabo en la ciudad de Santiago de Chile, del 4 al 7 de octubre, ya está disponible (www.cauchile2023.com). Ya pueden enviar sus trabajos libres a través de la página web del congreso. El cierre para el envío de los trabajos libres es el 3 de julio. ¡Aprovechen la tarifa temprana de inscripción hasta el 31 de mayo!

Ya se viene la AUA 2023 que tendrá lugar en Chicago del 28 de abril al 1 de mayo. Ya pueden acceder al “AUA/CAU Spanish Urology Program” que se realizará el día

28 de abril de 8:00 am a 4:30 pm, a través de la página web: www.auanet.org El Dr. Jorge Gutiérrez Aceves, ha realizado un excelente programa científico que incluirá conferencias estado del arte acerca de “todo lo que necesitas saber” sobre disfunción eréctil y priapismo, andrología e infertilidad, litiasis renal, incontinencia urinaria - vejiga hiperactiva, hiperplasia prostática benigna - síntomas de tracto urinario, cirugía reconstructiva de tracto urinario bajo, cáncer renal, y cáncer de vejiga - cáncer de tracto urinario superior. Asimismo, habrá una mesa redonda de complicaciones en cirugía, conferencias de nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata y una actualización de las plataformas robóticas emergen-

tes en urología. ¡No se lo pueden perder!

El Dr. Eduardo Ruiz Castañé, coordinador del grupo de trabajo de urología sexual y reproductiva de la CAU, realizará la conferencia CAU el día Lunes 1ero de mayo, de 7:50 am a 8:05 am, durante la sesión plenaria. ¡Esperamos verlos a todos en el AUA!

La CAU estará presente en el XLVII Congreso Internacional del Colegio Mexicano de Urología Nacional que se realizará del 16 al 20 de mayo, en Guadalajara. Los conferencistas CAU serán los Doctores Rafael Sánchez Salas, Hamilton Zampolli y Marcos Tobías Machado. Así mismo, estaremos presentes en el LXXXVI Congreso Nacional de Urología de la Asociación Española de Urología, que se

realizará en Granada y Jaén del 24 al 27 de mayo. La CAU estará representada por los Doctores Hamilton Zampolli y la Doctora Ana María Aufrán.

En esta edición del AUA News en Español queremos agradecer al Dr. John Denstedt, Secretario General del AUA (hasta finales del Congreso en Chicago) por el excelente liderazgo y apoyo académico incondicional demostrado durante su gestión en tiempos difíciles, como fue durante la pandemia global, pero sobre todo por su gran amistad. No dejen de leer las dos dedicatorias que tanto el Dr. Jorge Gutiérrez Aceves, y el que escribe esta editorial, le realizamos en esta edición en español. ¡Muchas gracias John, te deseamos mucho éxito! ■

SPECIALTY SOCIETIES

Avance de la Reunión de la Sociedad de Cirujanos Robóticos Urológicos en la AUA en Chicago

Craig G. Rogers, MD, FACS
Vattikuti Urology Institute, Henry Ford Health,
Detroit, Michigan

Samantha Wilder, MD
Vattikuti Urology Institute, Henry Ford Health,
Detroit, Michigan

La cirugía robótica ha revolucionado el campo de la urología en las últimas décadas y ahora es utilizada por cirujanos en múltiples subespecialidades. La *Society of Urologic Robotic Surgeons (SURS)* se esfuerza por ayudar a los cirujanos y sus equipos a mejorar sus habilidades de cirugía robótica con el objetivo de promover tratamientos innovadores y mejores resultados. El programa de la AUA

SURS se llevará a cabo el domingo 30 de abril (12:30 p.m. a 6 p.m.) y brindará instrucción útil para cirujanos y equipos en todos los niveles de capacitación y experiencia en cirugía robótica.

El programa consistirá en videos cortos semi-en vivo con comentarios proporcionados por cirujanos robóticos en varias etapas de experiencia. Los cirujanos robóticos veteranos tendrán el papel de moderadores y panelistas para brindar comentarios y compartir su experiencia mientras apoyan a las estrellas emergentes y establecidas en la cirugía robótica. La reunión contará con una facultad grande y di-

versa de más de 18 cirujanos robóticos, incluidos profesores jóvenes, profesores femeninos y profesores internacionales, así como becarios de endourología y directores de becas. Las sesiones específicas estarán dedicadas a los cirujanos robóticos al comienzo de su carrera, la prostatectomía robótica, la cirugía robótica de puerto único, la cirugía renal robótica, la cistectomía robótica y la cirugía reconstructiva robótica.

La reunión comenzará con el foro de urólogos jóvenes de la SURS (*Young SURS*) y la sesión de video de las estrellas emergentes

→ Continúa en la página 2

AUA News

Volume 16 | Issue 4
SPANISH EDITION

EDITOR, SPANISH EDITION
Alejandro R. Rodríguez, M.D.

SECRETARIO GENERAL CAU
Winston Salem, North Carolina

ASSOCIATE EDITORS, SPANISH EDITION
Johan Cabrera Fernandez, MD
Lima, Peru

Elizabeth Corrales-Acosta, MD
Lima, Peru

AVANCE DE LA REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS ROBÓTICOS UROLÓGICOS

→ Continuación de la página 1

(*Rising Stars*), en la que nuestros profesores en las primeras etapas de sus carreras compartirán su técnica quirúrgica robótica a través de presentaciones de video semi-en vivo. Los premios serán otorgados a los mejores videos para reconocer a las estrellas emergentes en ascenso en la cirugía urológica robótica. La sesión también incluirá una presentación sobre enfoques básicos y avanzados para la capacitación en cirugía robótica.

Los avances en la técnica quirúrgica robótica han permitido una mejor recuperación funcional después de la prostatectomía radical robótica. Por ejemplo, obtener soporte posterior y anterior a la unión vesicouretral puede ayudar a mejorar la continencia después de una prostatectomía radical. Checucci et al. describieron la preservación del espacio de Retzius, encontrando mejores resultados de continencia urinaria con la preservación de estructuras anteriores.¹ La técnica de “Hood” es un abordaje anterior diseñado para preservar mejor las estructuras anatómicas que rodean la uretra, el espacio de Retzius y el fondo de saco de Douglas, que pueden ayudar a recuperar la continencia de forma temprana.² El abordaje transvesical de puerto único (*SP, single port*, por sus siglas en inglés) para la prostatectomía robótica ayuda

“Los avances en la técnica quirúrgica robótica han permitido una mejor recuperación funcional después de la prostatectomía radical robótica.”

a preservar las estructuras apicales y se ha informado que tiene unos resultados excelentes de continencia.³ La sesión de prostatectomía radical robótica contará con presentaciones de cirujanos robóticos establecidos que se centrarán en estas diferentes técnicas para ayudar a mejorar la continencia.

A medida que los sistemas quirúrgicos continúan evolucionando, el sistema quirúrgico robótico de puerto único ha surgido como otra opción para la cirugía mínimamente invasiva. En particular, el robot SP puede facilitar un abordaje extraperitoneal para la cirugía de próstata y riñón, ampliando así las opciones quirúrgicas y la elegibilidad del paciente.⁴ La prostatectomía robótica extraperitoneal SP ha mostrado buenos resultados oncológicos y funcionales a corto plazo e incluso ha demostrado ser factible como un procedimiento ambulatorio.⁵ La sesión de robótica SP incluirá revisión de video y discusión de expertos de alto volumen en cirugía SP con respecto a sus técnicas. Es probable que la utilización del sistema SP aumente con la experiencia continua y los refinamientos de la tecnología, y esta sesión proporcionará una guía práctica para incorporar la robótica SP en la práctica quirúrgica. El cuerpo docente analizará la solución de problemas y los consejos para los cirujanos y los equipos en cualquier punto de la curva de aprendizaje del SP (Figura 1).

Los avances en la cirugía robótica han contribuido a una mayor utilización de la nefrectomía parcial robótica en pacientes con masas renales de alta complejidad. Si es que los márgenes positivos después de la cirugía conservadora de nefronas tienen efectos secundarios sobre el pronóstico del cáncer sigue siendo controvertido; sin embargo, evitar los márgenes positivos sigue siendo nuestro mejor



Figura 1. Instalación de cirugía robótica de puerto único, incluyendo el puerto de acceso único.

“La sesión sobre cirugía renal robótica contará con presentaciones en semi-en vivo de técnicas de escisión tumoral para tumores complejos con el objetivo de evitar márgenes positivos, así como técnicas de nefroureterectomía robótica (Figura 2).”

indicador para el control oncológico y es un indicador de la calidad quirúrgica. La sesión sobre cirugía renal robótica contará con presentaciones en semi-en vivo de técnicas de escisión tumoral para tumores complejos con el objetivo de evitar márgenes positivos, así como técnicas de nefroureterectomía robótica (Figura 2).

Las 2 sesiones finales incluirán la sesión de cistectomía robótica

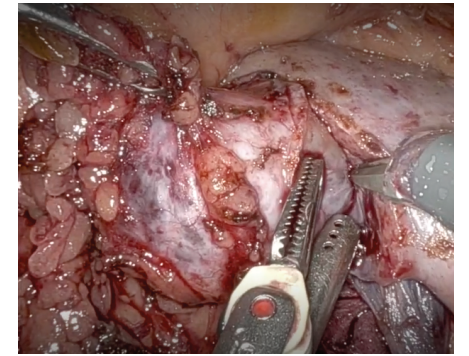


Figura 2. Escisión de tumor en nefrectomía parcial robótica de una masa renal compleja. La técnica apropiada es necesaria para asegurar márgenes negativos después de la resección.

con moderadores experimentados y presentadores emergentes de videos que analizarán las técnicas de cistectomía y derivación, y la sesión de reconstrucción robótica genitourinaria con 4 presentadores de videos y 4 moderadores que analizarán las técnicas de reconstrucción del tracto urinario superior e inferior. Esperamos una tarde productiva de aprendizaje en la reunión de la AUA SURS de una facultad diversa de expertos en robótica y estrellas en ascenso que demuestren sus técnicas para mejorar los resultados en la cirugía urológica robótica. ■

1. Checucci E, Veccia A, Fiori C, et al. Retzius-sparing robot-assisted radical prostatectomy vs the standard approach: a systematic review and analysis of comparative outcomes. *BJU Int.* 2020;125(1):8-16.
2. Wagaskar VG, Mittal A, Sobotka S, et al. Hood technique for robotic radical prostatectomy-preserving periurethral anatomical structures in the space of Retzius and sparing the pouch of Douglas, enabling early return of continence without compromising surgical margin rates. *Eur Urol.* 2021;80(2):213-221.
3. Abou Zeinab M, Beksac AT, Ferguson E, Kaviani A, Kaouk J. Transvesical versus extraperitoneal single-port robotic radical prostatectomy: a matched-pair analysis. *World J Urol.* 2022;40(8):2001-2008.
4. Dobbs RW, Halgrimson WR, Talamini S, Vigneswaran HT, Wilson JO, Crivellaro S. Single-port robotic surgery: the next generation of minimally invasive urology. *World J Urol.* 2020;38(4):897-905.
5. Wilson CA, Aminsharifi A, Sawczyn G, et al. Outpatient extraperitoneal single-port robotic radical prostatectomy. *Urology.* 2020;144:142-146.

UPJ INSIGHT

Pacientes Previamente Cateterizados Sometidos a Ureteroscopia Sin Cateter Ureteral Reduce la Atención Médica No Planificada

John Michael DiBianco, MD
University of Florida, Gainesville

Stephanie Daignault-Newton
University of Michigan, Ann Arbor

Ajith Dupati
University of Michigan, Ann Arbor

Spencer Hiller, MD
AdventHealth, Orlando, Florida

Naveen Kachroo, MD
Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan

Brian Seifman, MD
Michigan Institute of Urology, Rochester Hills

David Wenzler, MD
Comprehensive Urology, Detroit, Michigan

Casey A. Dauw, MD
University of Michigan, Ann Arbor

Khurshid R. Ghani, MD
University of Michigan, Ann Arbor

DiBianco JM, Daignault-Newton S, Dupati A, et al. Stent omission in prestedented patients undergoing ureteroscopy decreases unplanned health care utilization. *Urol Pract.* 2023;10.1097/UPJ.0000000000000376.

Importancia y Necesidad del Estudio

Para reducir la morbilidad asociada con los cateteres ureterales, las guías de manejo de litiasis de la AUA describen un enfoque selectivo para la colocación de cateter después de la ureteroscopia, indicando que pueden omitirse después de procedimientos sin complicaciones. Sin embargo, las guías no consideran el estado presentado en estos criterios. Por lo tanto, buscamos caracterizar la práctica de

la omisión del cateter después de una ureteroscopia sin complicaciones en pacientes con y sin cateter previo y su impacto en la utilización de la atención en salud posoperatoria en Michigan.

Que Encontramos

Los pacientes cateterizados previamente representan el 36% de los casos de ureteroscopia en MUSIC (Michigan Urological Surgery Improvement Collaborative). Mientras que a los pacientes con cateter previo se les omite el cateter con mayor frecuencia en comparación con los pacientes sin cateter previo, hubo una variación sustancial en la práctica, con casi una cuarta parte de los urólogos que nunca omitieron un cateter (ver Figura). Después de ajustar por factores de riesgo, encontramos que la omisión del cateter en pacientes con cateter previo se asoció con una reducción significativa en las visitas al departamento de emergencias postoperatorias y las hospitalizaciones. En conjunto, estos hallazgos demuestran que los pacientes con cateter previo son candidatos ideales para considerar una estrategia de omisión del cateter.

Limitaciones

El registro MUSIC incluye una variedad de prácticas en urología, lo que permite la representación de datos del mundo real; sin embargo, el registro no recoge datos sobre la insuficiencia renal o los resultados de laboratorio, por lo que

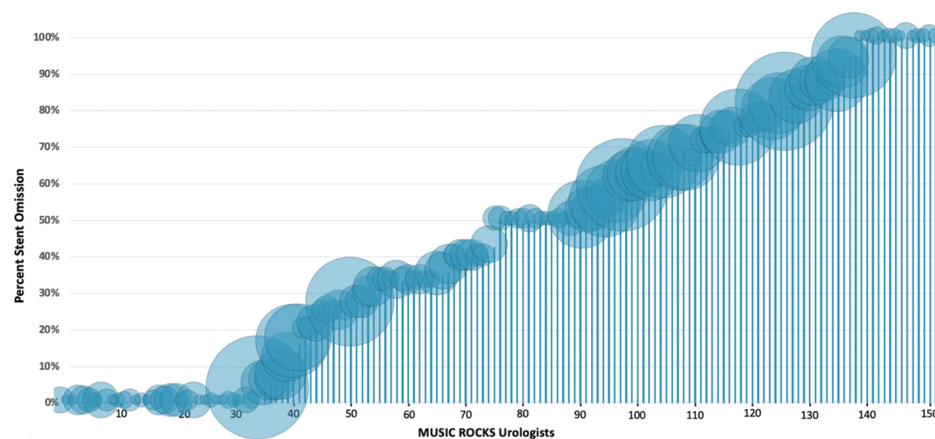


Figura. Variación en las tasas de omisión del cateter para pacientes con cateter previo que se someten a ureteroscopia por urólogos en las prácticas de Michigan Urological Surgery Improvement Collaborative (MUSIC) Reducing Operative Complications from Kidney Stones (ROCKS) con ≥ 5 casos sin complicaciones. Volumen total de casos de ureteroscopia indicado por el tamaño de la burbuja.

“Después de ajustar los factores de riesgo, descubrimos que la omisión del cateter en pacientes con cateter previo se asoció con una reducción significativa en las visitas al departamento de emergencias y las hospitalizaciones postoperatorias.”

no aparecen en nuestra definición de ureteroscopia no complicada. Además, no registramos el motivo

de la colocación del cateter o el tiempo de permanencia antes de la ureteroscopia, y es posible que esto haya afectado la decisión del urólogo con respecto a la colocación del cateter.

Interpretación para Atención al Paciente

Existe una amplia variación en la omisión del cateter después de la ureteroscopia en pacientes con cateter previo y muchos urólogos nunca lo realizan. Los pacientes con cateter previo tienen una menor utilización de la atención en salud postoperatoria no planificada. Como tal, el paciente con cateter previo puede servir como un grupo objetivo ideal para las vías de mejora de la calidad para aumentar la omisión del cateter, con el objetivo de mejorar los resultados del paciente después de la ureteroscopia. ■

DIVERSITY

Evaluación de las Necesidades Educativas del Equipo de Atención Urológica en el Manejo de Pacientes con Vejiga Hiperactiva

Jay D. Raman, MD, FACS
AUA Office of Education Chair

La duración de una película debe estar directamente relacionada con la resistencia de la vejiga humana
—Alfred Hitchcock

La Oficina de Educación de la AUA trabaja con nuestros miembros a través de una investigación de evaluación de las necesidades educativas durante todo el año para garantizar que le proporcionamos lo que necesita.

En el 2022, la AUA llevó a cabo la Fase I de una evaluación de necesidades de vejiga hiperactiva (VHA) para comprender mejor las necesidades educativas del equipo de atención urológica que maneja a los pacientes con VHA. Estas evaluaciones integrales de necesidades incluyen entrevistas individuales, múltiples grupos de enfoque y, posteriormente, una encuesta en línea enviada a la mayoría de los miembros de la AUA. Para esta encuesta sobre VHA, se completaron un total de 759 encuestas para una tasa de respuesta del 7%. Casi todos los proveedores de atención médica de urología que respondieron a esta encuesta (95%) indicaron que manejan personalmente a los pacientes con vejiga hiperactiva.

Una observación clave de las entrevistas individuales y los grupos focales fue que los hábitos de prescripción de los proveedores de atención médica de urología eran bastante consistentes. En su mayor parte, casi todos los proveedores recetaron inicialmente a los pacientes un medicamento anticolinérgico. Esto se atribuyó al proceso de aprobación del seguro para la cobertura de medicamentos agonistas beta3 que a menudo requerían el fracaso de un anticolinérgico antes de iniciar un agonista beta3. La Figura resume las mayores barreras asociadas con la prescripción de medicamentos

Anticolinérgico

1. Perfil de efectos adversos de boca seca, ojos secos y estreñimiento – 98%
2. Efecto adverso de disfunción cognitiva – 97%
3. Adherencia de paciente a medicación – 81%
4. Eficacia de tratamiento - 66%
5. Establecer las expectativas del paciente adecuadamente – 55%
6. Comunicar el riesgo de medicación a los pacientes – 51%
7. Cobertura del seguro médico – 36%
8. Costes/tiempo del equipo médico para completar el trámite para la aprobación – 28%

MAYORES BARRERAS PARA PRESCRIBIR MEDICACIÓN PARA LA VHA



Agonista Beta3

1. Cobertura de seguro médico – 96%
2. Efecto adverso de hipertensión arterial – 86%
3. Costes/tiempo del equipo médico para completar el trámite para la aprobación – 85%
4. Establecer las expectativas del paciente adecuadamente – 52%
5. Eficacia de tratamiento - 46%
6. Adherencia de paciente a medicación – 41%
7. Falta de educación de paciente – 37%
8. Comunicar el riesgo de medicación a los pacientes – 36%

Figura. Barreras para la prescripción de medicación para la vejiga hiperactiva.

para la vejiga hiperactiva.

Con base en estas barreras, más de la mitad de los proveedores de atención médica urológica (53 %) indicaron que la mayor necesidad educativa para la vejiga hiperactiva estaba relacionada con el proceso de aprobación del seguro y la documentación para los agonistas beta3. Otras áreas señaladas como necesidades educativas sobre la VHA incluyen la revisión de la guía y enmienda de la AUA/Sociedad de Urodinamia, Medicina Pélvica Femenina y Reconstrucción Urogenital, el papel del tratamiento combinado (anticolinérgico más agonista beta3) y el manejo de condiciones comórbidas. Además, solo el 38 % de los encuestados indicaron estar muy familiarizados con el término “carga anticolinérgica”.

La Oficina de Educación invierte todo este tiempo y recursos para garantizar que la educación que brindamos esté dirigida a lo que nuestros miembros necesitan. Con ese fin, quiero compartir con ustedes la educación que está disponible actualmente para satisfacer estas necesidades identificadas.

Si necesita educación inmediata, le recomendaría el curso CME (Educación médica continua, por sus siglas en inglés) en línea, “Live

From AUA2022: Highlights in Overactive Bladder” disponible en AUA-University (<https://auau.auanet.org/content/live-uaa2022-highlights-overactive-bladder>). Este es un gran curso que proporciona un resumen de todas las actualizaciones más importantes de la VHA de la AUA2022, incluido el contenido relevante de las sesiones plenarias, los resúmenes y los cursos de instrucción.

En la AUA2023, habrá varias oportunidades educativas en persona. Primero, el Dr. Victor Nititi se unirá al programa de 2 días para proveedores de práctica avanzada el sábado 29 de abril para revisar estos datos y discutir las modalidades de tratamiento para la VHA. Más tarde ese día, el Dr. Eric Rovner dirigirá una sesión muy popular titulada “Farmacoterapia Contemporánea para la Vejiga Hiperactiva 2023: Monoterapia y Farmacoterapia Combinada para Optimizar el Tratamiento”. Este curso instructivo de 2 horas cubrirá muchos de los temas destacados en la evaluación de necesidades, incluyendo (1) las similitudes y diferencias entre las diversas farmacoterapias orales para la VHA, (2) los principios de fisiología y farma-

coterapia para los agentes actualmente disponibles (incluidos los antimuscarínicos, los agonistas beta3 y el tratamiento combinado) y (3) el análisis de las ventajas y limitaciones clínicas (y teóricas) de los fármacos actualmente disponibles. Este es siempre un curso muy concurrido que recomiendo muchísimo.

Nos gustaría agradecer a los más de 750 miembros que se tomaron el tiempo para responder a la encuesta de evaluación de necesidades de la AUA, así como a Victor W. Nititi, MD y Lynn Allmond, NP por su contribución y liderazgo en esta actividad. A la AUA también le gustaría agradecer a Urovant Sciences, Inc por proporcionar una subvención educativa independiente en apoyo de esta evaluación de necesidades educativas.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, envíe un correo electrónico a education@auanet.org, y si alguna vez recibe una de nuestras invitaciones por correo electrónico, lo animo a que se tome unos minutos para compartir sus pensamientos con nosotros. Es invaluable para nosotros mejorar la programación para nuestra membresía. ■

FUEGO CRUZADO: CONTROVERSIAS EN UROLOGÍA

Cirugía versus Radiación como Terapia Inicial para el Cáncer de Próstata T2bN1M0 de Alto Riesgo

Christopher P. Evans, MD

University of California,
Davis School of Medicine, Sacramento

Julio Pow-Sang, MD

Moffitt Cancer Center, Tampa, Florida

Brian Chapin, MD

The University of Texas,
MD Anderson Cancer Center, Houston

Mack Roach, MD

University of California, San Francisco

Jeff Michalski, MD

Washington University School of Medicine,
St. Louis, Missouri

Para este fuego cruzado, imaginemos a un hombre de 62 años con cáncer de próstata T2bN1M0. Tiene 6/12 muestras afectadas por cáncer de próstata del grupo de grado 4 y su PSA es de 18 ng/mL. Sus 2 ganglios linfáticos ilíacos internos derechos potencialmente metastásicos en la estadificación clínica se detectaron mediante tomografía por emisión de positrones (PET)/TC con antígeno prostático específico de membrana G-68 (PSMA). Se encuentra en excelente estado de salud y asintomático. Las guías de manejo de la Red Nacional Integral del Cáncer (ver Figura) establecen que se prefiere la terapia multimodal con radioterapia de haz externo, terapia de privación de andrógenos (ADT) y abiraterona con prednisona. Sin embargo, la prostatectomía radical con linfadenectomía pélvica también es una opción en pacientes seleccionados. Este enfoque probablemente sería un paso inicial en la terapia multimodal secuencial.

En esta sesión de fuego cruzado, los Drs. Mack Roach y Jeffrey Michalski abordarán el papel de la radioterapia como parte de la terapia inicial ante el cáncer de próstata en estadio cN1. Los datos prospectivos aleatorizados del brazo H de STAMPEDE muestran un beneficio de la adición de radioterapia (RT) al tratamiento estándar de atención metastásica en el contexto del cáncer de próstata de bajo volumen y cN+ tanto para la supervivencia libre de progresión

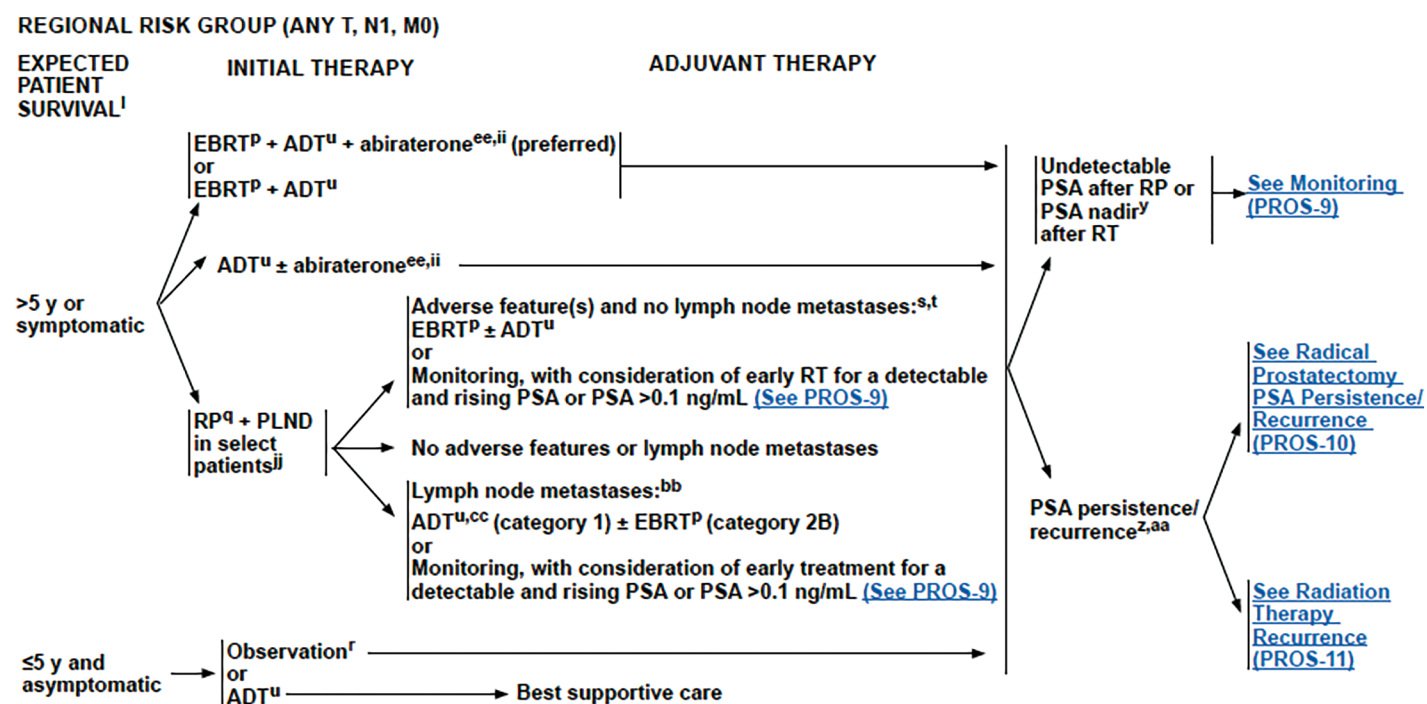


Figura. Guías de manejo de la Red Nacional Integral del Cáncer para hombres con cáncer de próstata, cualquier etapa T, N1, M0. ADT indica terapia de privación de andrógenos; EBRT, radioterapia de haz externo; PLND, disección de ganglios linfáticos pélvicos; PSA, antígeno prostático específico; PR, prostatectomía radical; RT, radioterapia.

como para el cáncer de próstata cN+ y supervivencia global. Este beneficio fue duradero con un seguimiento prolongado de 5 años informado posteriormente.² Argumentarán que si este paciente tiene una prostatectomía radical, necesitará RT después, sin evidencia de que ambos sean necesarios para el resultado óptimo. En su opinión, hay otros ganglios linfáticos que albergan potencialmente enfermedad metastásica que no se aprecia en el PET PSMA, pero que se cubre fácil y completamente con RT de intensidad modulada. Existe evidencia de nivel I de que la RT pélvica profiláctica mejora el control del PSA cuando se combina con terapia hormonal (RTOG 9413, POP-RT Trial, RTOG 5034) con un impacto bajo a moderado en la calidad de vida. Tangencial al papel de la RT al primario es la eficacia de la radioterapia corporal estereotáctica para las oligometástasis demostrada en múltiples ensayos controlados aleatorios (ORIOLE; STAMPEDE; SABR-COMET). Nuestros expertos en radioterapia oncológica argumentarán que la cirugía como tratamiento inicial

proporciona patología, pero en realidad eso es todo.

“Se postula que los hombres que más se pueden beneficiar de la cirugía son aquellos con tumor primario de bajo volumen y menos de no más de 2 ganglios linfáticos positivos en la evaluación patológica, con una esperanza de vida superior a 10 años y en excelente estado de salud sin contraindicación para la cirugía.”

Los Drs. Pow-Sang y Chapin representarán la posición para la prostatectomía radical como tratamiento inicial. Reconocen que este caso presenta desafíos tanto para el diagnóstico como para la toma de decisiones. La incorporación de PET/CT PSMA en la práctica clínica ha llevado a una definición nueva de enfermedad clínica con ganglios linfáticos positivos y resultó en una migración de estadio.³ Si bien esta modalidad de imagen ha mejorado la estadificación precisión en el cáncer de próstata, existen varios desafíos con diferencias en los marcadores utilizados, la técnica y la interpretación de los expertos. Sin embargo, la interpretación de expertos arroja valores predictivos positivos y negativos altos con rangos de valores predictivos positivos de 78,1%-90,5% y rangos de valores predictivos negativos de 81,4%-83%.⁴

Antes del advenimiento de las imágenes de PET con PSMA, los datos disponibles, aunque retrospectivos, respaldaban la realización de una prostatectomía radical (o RT) en

CIRUGÍA VERSUS RADIACIÓN COMO TERAPIA

→ Continuación de la página 5

el contexto de ganglios patológicos, ya sea en una sección congelada o en una patología final.⁵ El sesgo de selección inherente dificulta la interpretación de esos datos. desafiante; sin embargo, la recomendación ha sido no abortar la cirugía en el entorno patológico con ganglios positivos debido a la mejora de la supervivencia asociada en pacientes que completan su terapia radical.⁶ Un reciente estudio aleatorizado de Fase II realizado por Dai y colegas comparó ADT solo a ADT más cirugía o RT en hombres con cáncer de próstata oligometastásico definido como 5 o menos metástasis óseas o de ganglios linfáticos extrapelvicos y ninguna metástasis visceral.⁷ Había 100 pacientes en cada grupo, y en el grupo de estudio 85 hombres recibieron cirugía y 11 recibieron RT. Después de una mediana de seguimiento de 48 meses, la mediana de supervivencia libre de progresión radiográfica no se alcanzó en el grupo de estudio y fue de 40 meses en el grupo de control (índice de riesgo 0,43, intervalo de confianza del

95% 0,27-0,70; $P = .001$). La tasa de supervivencia general a los 3 años fue del 88 % para el grupo de estudio y del 70 % para el grupo de control (HR 0,44, IC del 95 %: 0,24-0,81; $P = 0,008$). Este ensayo pequeño con cirugía como tratamiento local predominante sugiere una supervivencia libre de progresión radiográfica y un beneficio en la supervivencia global.

Se postula que los hombres que más se pueden beneficiar de la cirugía son aquellos con tumor primario de bajo volumen y menos de 2 ganglios positivos en la evaluación patológica, con una expectativa de vida mayor a 10 años y con excelente salud sin un contraindicación para la cirugía. Los beneficios de la cirugía incluyen una estadificación más precisa con una mejor determinación del estado de los ganglios linfáticos y una excelente prevención de la progresión sintomática local. Además, la información anatomopatológica definitiva de la prostatectomía en cuanto a márgenes quirúrgicos, es-

tado de vesículas seminales y ganglios linfáticos, así como el nadir de PSA postoperatorio, permite un mejor pronóstico y un abordaje más personalizado en pacientes que podrían beneficiarse con la intensificación del tratamiento con RT+/- hormonas. El perfil genómico comercial actual, aunque inadecuado para la predicción de la respuesta a la terapia, puede ser más útil con las generaciones posteriores. La terapia hormonal podría agregarse selectivamente después de la cirugía en función de los hallazgos patológicos definitivos y la cinética del PSA subsiguiente.

En ausencia de ensayos aleatorizados que comparen la cirugía con la RT, la toma de decisiones debe incluir la discusión de casos específicos en una junta multidisciplinaria de tumores y la toma de decisiones compartida con el paciente, comprendiendo la evidencia disponible, los beneficios oncológicos y los posibles efectos secundarios/riesgos atribuidos a cualquiera de los tratamientos. ■

1. Parker CC, James ND, Brawley CD, et al. Radiotherapy to the primary tumour for newly diagnosed, metastatic prostate cancer (STAMPEDE): a randomised controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2018;392(10162):2353-2366.
2. Parker CC, James ND, Brawley CD, et al. Radiotherapy to the prostate for men with metastatic prostate cancer in the UK and Switzerland: long-term results from the STAM-PEDE randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2022;19(6):e1003998.
3. Pienta KJ, Gorin MA, Rowe SP, et al. A phase 2/3 prospective multicenter study of the diagnostic accuracy of prostate specific membrane antigen PET/CT with ¹⁸F-DCFPyL in prostate cancer patients (OSPPEY). *J Urol*. 2021;206(1):52-61.
4. Hope TA, Eiber M, Armstrong WR, et al. Diagnostic accuracy of ⁶⁸Ga-PSMA-11 PET for pelvic nodal metastasis detection prior to radical prostatectomy and pelvic lymph node dissection: a multicenter prospective phase 3 imaging trial. *JAMA Oncol*. 2021;7(11):1635-1642.
5. Ventimiglia E, Seisen T, Abdollah F, et al. A systematic review of the role of definitive local treatment in patients with clinically lymph node-positive prostate cancer. *Eur Urol Oncol*. 2019;2(3):294-301.
6. Froehner M, Koch R, Wirth MP. Re: Karim A, Touijer, Clarisse R, Mazzola, Daniel D, Sjoberg, Peter T, Scardino, James A. Eastham. Long-term outcomes of patients with lymph node metastasis treated with radical prostatectomy without adjuvant androgen-deprivation therapy. *Eur Urol*. 2014;65:20-5. *Eur Urol*. 2014;65(2):e24.
7. Dai B, Zhang S, Wan FN, et al. Combination of androgen deprivation therapy with radical local therapy versus androgen deprivation therapy alone for newly diagnosed oligometastatic prostate cancer: a phase II randomized controlled trial. *Eur Urol Oncol*. 2022;5(5):519-525.

JU INSIGHT

Evolución de los Quistes Renales Bosniak IIF e Impacto de la Clasificación de Bosniak del 2019

Félix Couture, MD

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Québec, Canada
Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada

Sarah Hadj-Mimoune, MD

Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada

Stéphane Michael, MD

Centre Hospitalier de l'Université Laval, Québec, Canada

Teodora Boblea Podasca, MD

Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada

Maxime Noël-Lamy, MD

Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada

Patrick O. Richard, MD

Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada

Couture F, Hadj-Mimoune S, Michael S, Podasca TB, Noël-Lamy M, Richard PO. Evolution of Bosniak IIF renal cysts and impact of the 2019 Bosniak classification. *J Urol*. 2023;10.1097/JU.0000000000003112.

Necesidad e Importancia del Estudio

Los quistes renales Bosniak IIF (BIIF) actualmente requieren un seguimiento radiológico engorroso, dado el riesgo de escalamiento a quistes más complejos tradicionalmente reportado en alrededor del 10%-15%. Estudios recientes han sugerido que el riesgo de aumento de grado puede ser menor de

lo que se pensaba anteriormente. Además, el impacto de la clasificación Bosniak revisada del 2019 en el diagnóstico y seguimiento de tales lesiones aún no se han evaluado en una población real.

Lo que Encontramos

A través de una cohorte de 181 quistes renales BIIF con una mediana de seguimiento de aproximadamente 4 años, identificamos solo 4 progresiones radiológicas (2%), de las cuales solo 1 resultó ser un quiste maligno (ver Tabla). No se produjo progresión maligna o sospechosa más allá de los 36 meses de seguimiento. Al aplicar la clasificación Bosniak del 2019

a nuestra cohorte, redujimos la cantidad de diagnósticos iniciales de BIIF en un 76%, sin ningún impacto perjudicial en el diagnóstico y seguimiento de lesiones sospechosas.

Limitaciones

Las limitaciones incluyen la falta de evaluación del acuerdo interobservador entre los radiólogos, así como la calidad variable de las imágenes a lo largo del período de estudio de 18 años. Un total de 55 pacientes fueron excluidos por seguimiento insuficiente. Dada la naturaleza retrospectiva de nuestro

→ Continúa en la página 7

EVOLUCIÓN DE LOS QUISTES RENALES BOSNIAK IIF

→ Continuación de la página 6

Tabla. Resultados Radiológicos y Clínicos de los Quistes Bosniak IIF

Evolución radiológica	
Tamaño del quiste	
Aumento, No. (%)	73 (45)
Aumento de tamaño, mediana (IQR), mm	4 (2-9)
Disminución, No. (%)	63 (38)
Disminución de tamaño, mediana (IQR), mm	3 (1-7)
Estable, No. (%)	28 (17)
Clasificación del quiste, No. (%)	
Estable BIIF	140 (85)
Disminución de grado a BI	2 (1.1)
Disminución de grado a BII	16 (10)
Aumento de grado a BIII	2 (1.1)
Aumento de grado a BIV	2 (1.1)
Involución espontánea	1 (0.55)
Resultados clínicos	
Quistes sintomáticos, No. (%)	
Dolor	1 (0.55)
Hematuria	1 (0.55)
Escisión quirúrgica, No. (%)	
Nefrectomía parcial	3 (1.7)
Nefrectomía radical	2 (1.1)
Patología benigna	4 (2.2)
Patología maligna	1 (CCR papilar tipo 1, F2, pT1a)

Abreviaciones: B, Bosniak; IQR, rango intercuartílico; CCR, carcinoma de células renales.

“Muchos quistes renales (76 %) clasificados como BIIF utilizando la clasificación Bosniak anterior podrían clasificarse como Bosniak II utilizando la clasificación del 2019 y evitar la imagen de seguimiento, evitando costos importantes, la radiación y la ansiedad del paciente.”

estudio, no hubo un protocolo de seguimiento estandarizado en nuestra cohorte.

Interpretación para la Atención del Paciente

Muchos quistes renales (76 %) clasificados como BIIF utilizando la clasificación Bosniak anterior podrían clasificarse como Bosniak II utilizando la clasificación del 2019 y evitar la imagen de seguimiento, evitando costos importantes, la radiación y la ansiedad del paciente. Ningún quiste BIIF tuvo una progresión significativa más allá de los 36 meses, lo que puede ayudar a los médicos a decidir cuánto tiempo continuar con el seguimiento. La tasa muy baja de empeoramiento en los quistes BIIF (2%) también debe guiar el asesoramiento de los pacientes diagnosticados con este tipo de lesiones. ■

LO QUE APRENDÍ DEL DR DENSTEDT

A John Denstedt

Jorge Gutierrez-Aceves, MD
AUA Assistant Secretary for the Americas

Tuve el privilegio de conocer a John hace más de 30 años, para ser precisos en 1991, cuando lo invitaron a hacer un curso de endourología en la Ciudad de México. En ese momento acababa de ter-

minar su beca de endourología y comenzaba a brillar y crecer como la gran estrella en la que luego se convirtió. Desde entonces he tenido la gran suerte de compartir con él numerosos cursos, encuentros y otras actividades educativas en tantos lugares diferentes, y he sido testigo de su fuerte compromiso por

enseñar y educar. Tengo que decir que en cada una de estas oportunidades a lo largo de estos años, he podido aprender algo nuevo de él.

Su liderazgo como Secretario de la AUA ha sido notable en muchos aspectos. Durante su gestión tuvo

que enfrentar la devastadora pandemia que trajo importantes consecuencias en el ámbito educativo con la cancelación de 2 congresos anuales presenciales de la AUA.

→ Continúa en la página 8



AAGUS Nápoles 2008.



AAGUS Nápoles 2008.

A JOHN DENSTEDT

→ Continuación de la página 7



Día 1 Amsterdam 2004. De izquierda a derecha: Dr. John Denstedt.

Asumió el desafío de la innovación y lideró la primera reunión internacional mundial en línea con un enorme éxito científico y académico. También desarrolló un increíble

programa educativo virtual con diferentes actividades educativas destacadas que cubren los temas más candentes en todas las diferentes especialidades urológicas.

A pesar del reto, e incluso del riesgo que implicaba viajar, no dudó en continuar con la agenda internacional de la AUA promoviendo la educación urológica en todo el mundo, incluyendo lugares y países que aún eran considerados de alto riesgo en ese momento. Su ajetreada agenda internacional permitió a la AUA mantener casi intactos los acuerdos de colaboración con los diferentes países y la membresía internacional.

Durante su gestión como editor de AUA Noticias ha sido capaz de convertir esta revista de noticias de la AUA en una destacada herramienta educativa, duplicando el número de ediciones anuales de 12 a 24 y triplicando el contenido, generando el documento más visitado y leído de todas las publicaciones de la AUA y convirtien-

do al AUA News en un ecosistema digital traducido a varios idiomas que ahora sirve a la comunidad urológica mundial. Habiendo sido responsable de la edición de AUA Noticias en español por un período de 8 años, puedo notar la enorme transformación y crecimiento de esta plataforma educativa.

John Denstedt ha establecido su legado como uno de los líderes más prolíficos de la organización urológica líder en el mundo a través de un trabajo sobresaliente que promueve la innovación y la educación en urología en todo el mundo, cumpliendo con creces la misión de la organización y dejando fructíferos años por venir para la AUA.

Felicidades, John, y mis mejores deseos para ti en la nueva etapa de tu carrera. ■

CASE REPORT

Hilo de Nefrostomía Retenido en un Riñón Trasplantado con Calcificación Atípica que Causa Hidronefrosis Macroscópica e Insuficiencia Renal Aguda

Kaushik Prabhav Kolanukuduru, MBBS

Jawaharlal Institute of Post Graduate Medical Education and Research (JIPMER), Puducherry, India

Hangcheng Fu, MD

University of Louisville, Kentucky

Murali Krishna Ankem, MBBS

University of Louisville, Kentucky

Desde su primer uso documentado en 1865, el uso de tubos de nefrostomía se ha diversificado desde la descompresión de emergencia de un sistema colector obstruido y ahora es el paso inicial en intervenciones como la nefrolitotomía percutánea (NLP), la biopsia renal y la dilatación ureteral con catéter. Los dispositivos utilizados para el mismo también han evolucionado desde sus inicios, desde un simple trocar hasta los dispositivos de bloqueo anclados por un lazo de hilo que se utilizan actualmente. Sin embargo, la extracción incorrecta

del tubo de nefrostomía o la avulsión del hilo durante la extracción pueden provocar la retención de un cuerpo extraño en el sistema colector, que puede actuar como un nido de calcificación e infección. Presentamos el caso en el que se colocó un tubo de nefrostomía en un riñón trasplantado y, tras la retirada incompleta del asa del hilo, se produjo una calcificación atípica en el hilo en la pelvis renal y el uréter proximal.

Detalles del Caso

Una paciente de 57 años acudió al servicio de urgencias en noviembre del 2021 por dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho, aumento de frecuencia urinaria, dolor al orinar, náuseas y vómitos. Niega dolor en flanco, hematuria o fiebre.

Tiene antecedentes de enferme-

dad renal terminal por poliquistosis renal, por lo que se encuentra en hemodiálisis desde julio del 2017. Fue sometida a trasplante renal de donante cadavérico en octubre del 2018. Ingresó en octubre del 2020 para una cirugía de un cálculo de 5mm en el uréter del riñón trasplantado, para lo cual se realizó una inserción de un tubo de nefrostomía con colocación de un catéter anterógrado después de una pielografía retrógrada fallida. Los cultivos de orina en ese momento hicieron crecer a *Proteus* y ella fue tratada apropiadamente por lo mismo. Una tomografía computarizada (TC) de abdomen repetida mostró un cálculo de 2 mm de diámetro, lo que sugiere que posiblemente pasó el anterior. Tras la resolución de sus síntomas y cultivos negativos, su tubo de nefrostomía y catéter fueron retirados en noviembre del 2020 en la consulta.

Un examen físico reveló sensibilidad abdominal en el cuadrante inferior derecho, pero no sensibilidad en el ángulo costovertebral, lo que indicó clínicamente una patología en el riñón trasplantado. Los análisis en ese momento revelaron una creatinina sérica elevada (2.23 mg/dL), con una gran cantidad de hematíes y leucocitos en la orina; también se observaron 4+ bacterias en el análisis de orina. Una ecografía abdominal mostró hidronefrosis, tras lo cual se realizó una TC abdominal. Se observó una estructura calcificada en forma de cuerda en la pelvis renal del riñón trasplantado, que se extendía hacia el uréter (Figura 1, A y B).

Posteriormente, se colocó un tubo de nefrostomía en el riñón trasplantado y su creatinina volvió a la línea base. La NLP con litotricia

→ Continúa en la página 9

HILO DE NEFROSTOMÍA RETENIDO EN UN RIÑÓN TRASPLANTADO

→ Continuación de la página 8

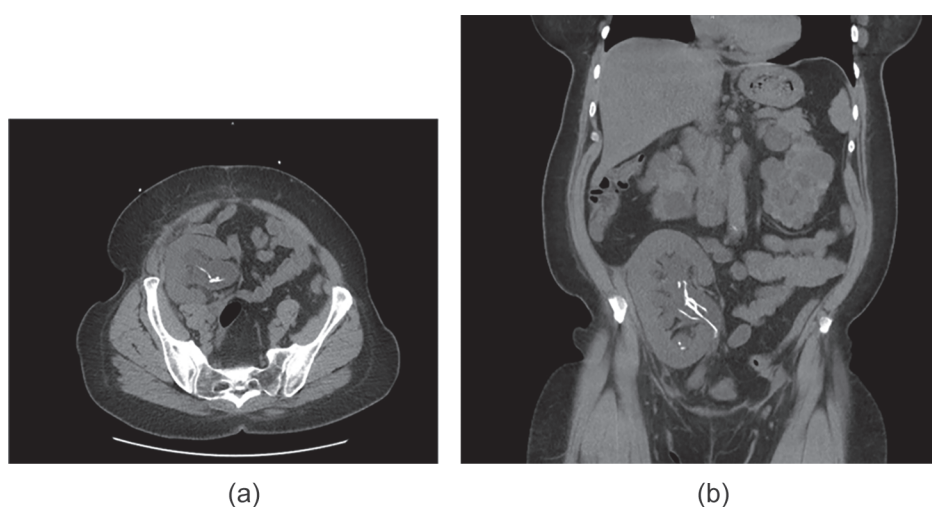


Figura 1. TC sin contraste que muestra calcificación renal atípica vista en la pelvis renal del riñón trasplantado debido a hilo de nefrostomía retenido. A, Vista axial. B, Vista coronal.

láser se realizó en diciembre del 2021. El acceso se obtuvo mediante una combinación de ultrasonido y fluoroscopia (Figura 3, A y B). El trayecto se dilató de 8Fr a 20Fr con un dilatador metálico, y un mininefroscoPIO de 18Fr fue utilizado en combinación con un cistoscopio flexible para visualizar la pelvis renal. El procedimiento reveló que la estructura calcificada era el hilo de nefrostomía retenido de su primer tubo de nefrostomía colocada en octubre del 2020 (Figura 2). Posteriormente se retiró el tubo de nefrostomía y desde entonces su función renal ha vuelto a la normalidad.

Discusión

Desde la primera descripción de la nefrostomía percutánea (NP) como modalidad de tratamiento para la hidronefrosis por parte de Goodwin et al.¹, el uso de tubos de nefrostomía percutánea ha sido ampliamente aceptado como un medio seguro y eficaz para drenar un sistema colector obstruido. Además de esto, las NP a menudo se usan en las NLP, extirpación de tumores uroteliales del tracto superior, instalaciones terapéuticas de quimioterapia y otras drogas, tratamiento de hidrocáliz y otras cirugías renales que requieren un abordaje percutáneo. Los NP también se están utili-



Figura 2. Formación de cálculo renal en el hilo de nefrostomía retenido.

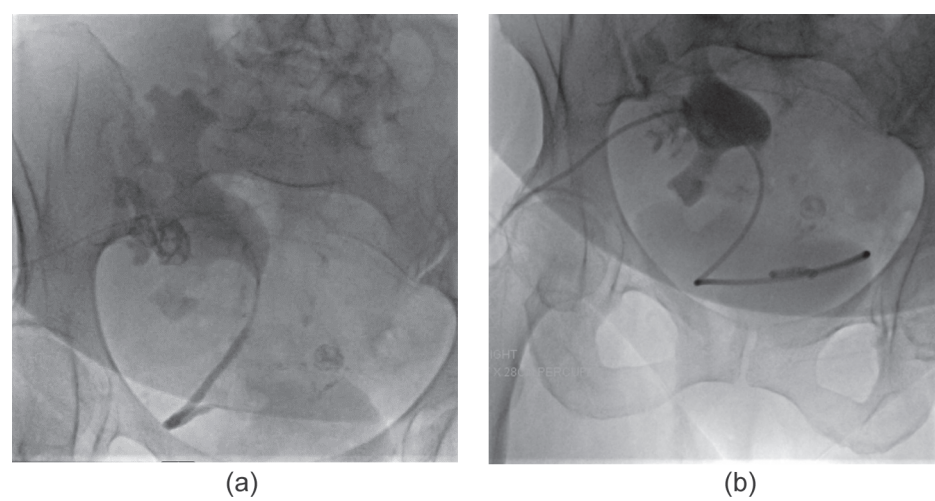


Figura 3. Imágenes de fluoroscopia intraoperatoria durante nefrolitotomía percutánea, mientras se obtiene acceso al riñón trasplantado.

zando para estudios de diagnóstico como la prueba de Whittaker y la pielografía anterógrada.^{2,3}

La obstrucción y la fuga ureteral son las complicaciones urológicas más comunes que se encuentran en los receptores de trasplante renal. Varios estudios han demostrado que el uso de NP en riñones trasplantados es seguro y altamente efectivo con una tasa de complicaciones muy baja y ha tenido éxito como terapia única para tratar la obstrucción en los riñones trasplantados.^{4,6}

El diseño de los tubos de nefrostomía ha evolucionado a lo largo de los años y los tubos de nefrostomía que se utilizan actualmente son catéteres de asa autosujetante. Una sutura sintética corre por el interior del catéter y sale del catéter en el extremo proximal del lazo, solo para volver a entrar en el lumen en el extremo distal. Al retirar el tubo, se corta el centro del tubo, liberando ambos extremos de una sutura de bloqueo.⁷ Sin embargo, en raras ocasiones, la sutura no sale con el catéter y puede quedar retenida en el riñón por material incrustante o tejido inflamatorio. El material de sutura también puede sufrir una avulsión durante la extracción. El material de sutura retenido puede proporcionar un nido para la calcificación o infección, como se ve en nuestro caso. Pudimos recuperar 3 fragmentos, el fragmento más largo medía 6 cm y 2 fragmentos de 2 cm cada uno. Dada la longitud de estos fragmentos, sospechamos que el hilo de nefrostomía fue avulsionado durante la extracción. Es fundamental comprobar que la sutura se recupera

intacta durante la retirada del tubo de nefrostomía.

Fondos

No se obtuvo financiación para ayudar en la recopilación de información contenida en este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores cuyos nombres se enumeran certifican que no tienen afiliaciones ni participación en ninguna organización o entidad con cualquier interés financiero o interés no financiero en el tema o los materiales discutidos en este manuscrito.

Declaración de Ética

Toda la información se recopiló con el consentimiento del participante involucrado y la información de atención médica se mantendrá confidencial. ■

1. Goodwin WE, Casey WC, Woolf W. Percutaneous trocar (needle) nephrostomy in hydronephrosis. *JAMA*. 1955;157(11):891-894.
2. Dagli M, Ramchandani P. Percutaneous nephrostomy: technical aspects and indications. *Semin Intervent Radiol*. 2011;28(04):424-437.
3. Stables DP, Ginsberg NJ, Johnson ML. Percutaneous nephrostomy: a series and review of the literature. *AJR Am J Roentgenol*. 1978;130(1):75-82.
4. Mostafa SA, Abbaszadeh S, Taheri S, Nourbala MH. Percutaneous nephrostomy for treatment of posttransplant ureteral obstructions. *Urol J*. 2008;5(2):79-83.
5. Saad WE, Moorthy M, Ginat D. Percutaneous nephrostomy: native and transplanted kidneys. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2009;12(3):172-192.
6. Dyer RB, Regan JD, Kavanagh PV, Khatod EG, Chen MY, Zagoria RJ. Percutaneous nephrostomy with extensions of the technique: step by step. *Radiographics*. 2002;22(3):503-525.
7. Ahn J, Trost DW, Topham SL, Sos TA. Retained nephrostomy thread providing a nidus for atypical renal calcification. *Br J Radiol*. 1997;70(831):309-310.

LO QUE APRENDÍ DEL DR DENSTEDT

John Denstedt, Un Verdadero Caballero

Alejandro R. Rodríguez, MD
Wake Forest University School of Medicine,
Winston-Salem, North Carolina

En 2013, se llevó a cabo la 65ª Reunión Anual de la Sección Nordeste de la AUA en Saratoga Springs, Nueva York. Fue mi primer año en el norte del estado de Nueva York y mi primera reunión en esta sección desde que me transfirieron de la Sección Sudeste. Para aquellos que nunca han cambiado de sección, les puedo decir que es difícil empezar de nuevo y conocer nuevos compañeros. Durante esa misma reunión, fui uno de los últimos en subir a un autobús que nos llevaba a un evento social nocturno. El autobús estaba lleno; sin embargo, de repente, un colega amistoso se movió hacia el asiento de la ventana y me ofreció el único asiento que quedaba en ese autobús. Luego, dijo: “Encantado de conocerte. Soy John Denstedt”. Había leído sus publicaciones, pero nunca lo había conocido en persona. Allí estaba él, “la leyenda”. Ese viaje en autobús al evento fue realmente genial. Nos conocimos por primera vez. Quién diría que muchos años después, él sería Secretario General de la AUA y yo sería Secretario General de la Confederación Americana de Urología (CAU).

En el 2019 tuve el gran honor de convertirme en el Editor de la *AUANews* en Español. Desde entonces, hemos trabajado juntos y hemos hecho de esta herramienta educativa en línea la más leída mensualmente por los miembros de la CAU. Durante los 2 duros años de la pandemia, su liderazgo y amistad fortalecieron aún más las colaboraciones académicas entre la AUA y la CAU. La CAU realizó con éxito 2 seminarios congresuales virtuales (CAU Guayaquil 2020 y CAU Perú 2021), fruto de su apoyo y la colaboración académica de la AUA. Durante esos 2 años asistió a todos los webinars o congresos virtuales de las sociedades nacionales afiliadas a la CAU. Una vez conectado, podíamos chatear o verlo “en vivo” y hablar con él. Finalmente,



Figura 1. AUA New Orleans 2022: Dr. John Denstedt (Secretario General de la AUA) y Dr. Alejandro R. Rodríguez (Secretario General de la CAU).



Figura 2. CAU Buenos Aires 2019: Dr. John Denstedt y Dr. Alejandro R. Rodríguez.

una gran cualidad que tiene el Dr. Denstedt es que cuando lo invitan a una reunión en persona, está allí de principio a fin. Debo decir que esto es muy respetado en la región CAU. Es un líder disponible y accesible. En octubre del 2020, tuve el privilegio de otorgar al Profesor John Denstedt el “Premio de Membresía Honoraria” de la CAU, un reconocimiento

que muy bien merecía debido a sus innumerables contribuciones para continuar la educación médica en urología en América Latina. Finalmente, diría que ser un verdadero caballero en el siglo XXI es una aspiración alegre. Después de todo, un caballero encarna todas las mejores cualidades que un hombre puede esforzarse por poseer: cortesía, respeto, amabilidad,

un apretón de manos firme y muchas otras cualidades. Como dijo una vez el filósofo Confucio: “Un caballero se avergonzaría si sus hechos no coincidieran con sus palabras”. Esta cita enfatiza la importancia fundamental de las acciones sobre las palabras. El profesor John Denstedt es un verdadero caballero. ¡Gracias, John, por todas tus acciones! ■



Figura 3. Congreso de la Sociedad Peruana de Urología—Cusco, Perú 2018: Dr. John Denstedt, Dr. José Karam, Dr. Hendrick Van Poppel, Dr. Simon Tanguay, y Dr. Alejandro R Rodríguez.

JU INSIGHT

El Análisis Urinario de las Mutaciones del Gen FGFR3 y TERT Mejora el Rendimiento de las Pruebas Cxbladder y Mejora la Estratificación del Riesgo del Paciente

Yair Lotan, MD

University of Texas Southwestern, Dallas

Jay D. Raman, MD

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania

Badrinath Konety, MD

Allina Health Cancer Institute, Minneapolis, Minnesota

Siamak Daneshmand, MD

USC/Norris Comprehensive Cancer Center, University of Southern California, Los Angeles

Florian Schroeck, MD

White River Junction Veteran Affairs Medical Center, Vermont

Shahrokh F. Shariat, MD

Comprehensive Cancer Center, Medical University of Vienna, Austria
Weill Cornell Medical College, New York, New York
University of Texas Southwestern, Dallas
Charles University, Prague, Czech Republic
Hourani Center for Applied Scientific Research, Al-Ahliyya Amman University, Jordan

Peter Black, MD

University of British Columbia, Vancouver, Canada

Michel de Lange, PhD

Pacific Edge Ltd, Dunedin, New Zealand

Scott Asroff, MD

New Jersey Urology, Mount Laurel Township

Evan Goldfischer, MD

Premier Medical Group, Poughkeepsie, New York

Mitchell Efos, MD

Accumed Research Associates, Garden City, New York

Kian Tai Chong, MD

Surgi-TEN Specialists, Farrer Park Hospital, Singapore
PanAsia Surgery, Mount Elizabeth Novena Specialist Centre, Singapore

Eugene Huang, MD

KK Women's and Children's Hospital, Singapore

Hong Liang Chua, MD

KK Women's and Children's Hospital, Singapore

Qing Hui Wu, MD

National University Hospital, Singapore

Siyong Yeow, MD

Khoo Teck Puat Hospital, Singapore

Weida Lau, MD

Khoo Teck Puat Hospital, Singapore

Jin Yong, MD

Singapore General Hospital, Singapore

Molly Eng, MD

Khoo Teck Puat Hospital, Singapore

Lotan Y, Raman JD, Konety B, et al. Urinary analysis of FGFR3 and TERT gene mutations enhances performance of Cxbladder tests and improves patient risk stratification. J Urol. 2023;209(4):762-772.

Necesidad E importancia del Estudio

La mayoría de los pacientes con cáncer de vejiga tienen hematuria, pero pocos pacientes con hematuria tienen cáncer, lo que resulta en muchas evaluaciones con cistoscopia normal. Las pruebas no invasivas con alto valor predictivo negativo podrían ahorrarles a los pacientes molestias innecesarias y el costo de la cistoscopia. Presumimos que agregar polimorfismos de un solo nucleótido de ADN a los marcadores genómicos de ARNm de las pruebas urinarias de vejiga Cx-Triage y Detect actuales, lo que da como resultado un Cxbladder-Triage mejorado (CxbT+) y un Cxbladder-Detect mejorado (CxbD+) mejoraría su precisión y capacidad de estratificar el riesgo de pacientes con hematuria por el riesgo de cáncer de vejiga.

Que Encontramos

En 804 pacientes, CxbT+ había

mejorado significativamente la especificidad (78 % frente a 63 %; $P < 0,001$) y CxbD+ había mejorado significativamente la sensibilidad (97 % frente a 74 %; $P < 0,001$) y la especificidad (90 % frente a 82 %; $p < 0,001$) en comparación con las respectivas pruebas de primera generación (ver tabla). El valor predictivo negativo para CxbD+ fue del 99,7% y las únicas 2 pruebas falsas negativas fueron en pacientes con tumores Ta de bajo grado (ver Tabla). El ochenta y tres por ciento de los pacientes eran CxbD+ negativos y, por lo tanto, podrían haberse ahorrado la cistoscopia. La incidencia de cáncer de vejiga fue del 44 % en los pacientes CxbD+ positivos en la cohorte agrupada, en comparación con el 7,7 % de los pacientes que tenían un riesgo intermedio o alto según las pautas de hematuria de la American Urological Association.

→ Continúa en la página 12

Tabla. Comparación de las características de rendimiento de diagnóstico de Cxbladder-Triage Mejorada y Cxbladder-Detect Mejorada en comparación con las pruebas Cxbladder-Triage y Cxbladder-Detect de primera generación

Parameter	U.S. cohort (n=344)		Singaporean cohort (n=460)		Pooled cohort (n=804)	
	CxbT	CxbT+	CxbT	CxbT+	CxbT	CxbT+
Cxbladder-Triage						
Sensitivity, % (95% CI)	93 (77-99)	97 (82-100)	84 (67-95)	94 (79-99)	89 (78-95)	95 (86-99)
CxbT+ vs CxbT incremental difference, %		+4		+10		+6
Specificity, % (95% CI)	38 (33-44)	58 (53-64)	81 (77-84)	93 (90-95)	63 (59-66)	78 (75-81)
CxbT+ vs CxbT incremental difference, %		+20		+12		+15
Rule-out rate, % (95% CI)	35 (30-41)	54 (48-59)	76 (72-80)	87 (83-90)	59 (55-62)	73 (69-76)
CxbT+ vs CxbT incremental difference, %		+19		+11		+14
Cxbladder-Detect						
Sensitivity, % (95% CI)	69 (49-85)	97 (82-100)	78 (60-91)	97 (84-100)	74 (61-84)	97 (89-100)
CxbD+ vs CxbD incremental difference, %		+28		+19		+23
Specificity, % (95% CI)	74 (69-79)	85 (81-89)	88 (85-91)	94 (91-96)	82 (79-85)	90 (88-92)
CxbD+ vs CxbD incremental difference, %		+11		+6		+8
Rule-out rate, % (95% CI)	70 (65-75)	78 (73-82)	84 (80-87)	87 (84-90)	78 (75-81)	83 (81-86)
CxbD+ vs CxbD incremental difference, %		+8		+3		+5

Abreviaturas: IC, intervalo de confianza; CxbD, Cxbladder-Detect de primera generación; CxbD+, Cxbladder-Detect mejorada; CxbT, Cxbladder-Triage de primera generación; CxbT+, Cxbladder-Triage mejorada.

EL ANÁLISIS URINARIO DE LAS MUTACIONES

→ Continuación de la página 11

Limitaciones

Se utilizaron conjuntos de datos agrupados de diferentes países, con diferencias en la demografía y las características clínicas de los pacientes, así como diferencias en el rendimiento de las pruebas. Los

resultados pueden haberse visto afectados por el sesgo de derivación y selección, y algunas de las muestras del estudio también se utilizaron durante el desarrollo de las pruebas mejoradas de Cx-bladder. La validación externa es

necesaria y continua.

Interpretación para el Cuidado del Paciente

Las pruebas mejoradas de Cxbladder se validaron analíticamente

en una población étnicamente diversa de pacientes con hematuria. El uso de estas pruebas puede mejorar la estratificación del riesgo y permitir que más pacientes sin cáncer eviten la cistoscopia. ■

PANEL DE DISCUSIÓN

Biopsia Transrectal versus Transperineal para Detectar el Cáncer de Próstata

Edward Schaeffer, MD, PhD

Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois

Jim C. Hu, MD, MPH

Weill Cornell Medicine, New York, New York

Regreso al futuro. Conozca por qué los urólogos deberían considerar adoptar la biopsia de próstata percutánea transperineal, en la sesión plenaria de AUA2023 el viernes 28 de abril. Esta sesión se centrará en las biopsias de próstata transperineal: mejores enfoques, consideraciones especiales y implementación en la práctica.

En los EE. UU., se realizan anualmente más de un millón de biopsias de próstata.¹ A pesar de los avances en los biomarcadores previos a la biopsia y la resonancia magnética que redujeron el número de biopsias de próstata, aún habrá un aumento general en el volumen de biopsias debido al crecimiento demográfico por el envejecimiento de la población masculina. Además, el 44% de los hombres estadounidenses que se someten a una biopsia inicial tendrán una re-biopsia dentro de 5 años.² Además, más de la mitad de los hombres diagnosticados con cáncer de próstata actualmente optan por una vigilancia activa que lleva al uso de biopsias repetidas de próstata, para monitorear la progresión de la enfermedad.³ Por lo tanto, hay varias razones convincentes por las que el volumen de biopsia de próstata aumentará significativamente con el tiempo.

Las biopsias de próstata no son un procedimiento totalmente exen-

to de riesgos. A lo largo del siglo pasado, las técnicas de biopsia de próstata evolucionaron, con avances tecnológicos y mejoras en la técnica de biopsia impulsadas por la urología. Las primeras biopsias de próstata se realizaron a través de un abordaje transperineal percutáneo, que cayó en desgracia cuando la tecnología de ultrasonido transrectal avanzó y permitió biopsias guiadas por imágenes mejoradas. En la última década, el abordaje transrectal se mejoró aún más con la adición de plataformas de fusión de resonancia magnética y ultrasonido. Varios ensayos aleatorios demostraron que estos enfoques

“Las biopsias de próstata no son un procedimiento completamente libre de riesgos. A lo largo del siglo pasado, las técnicas de biopsia de próstata evolucionaron, con avances tecnológicos y mejoras en la técnica de biopsia impulsadas por urología”

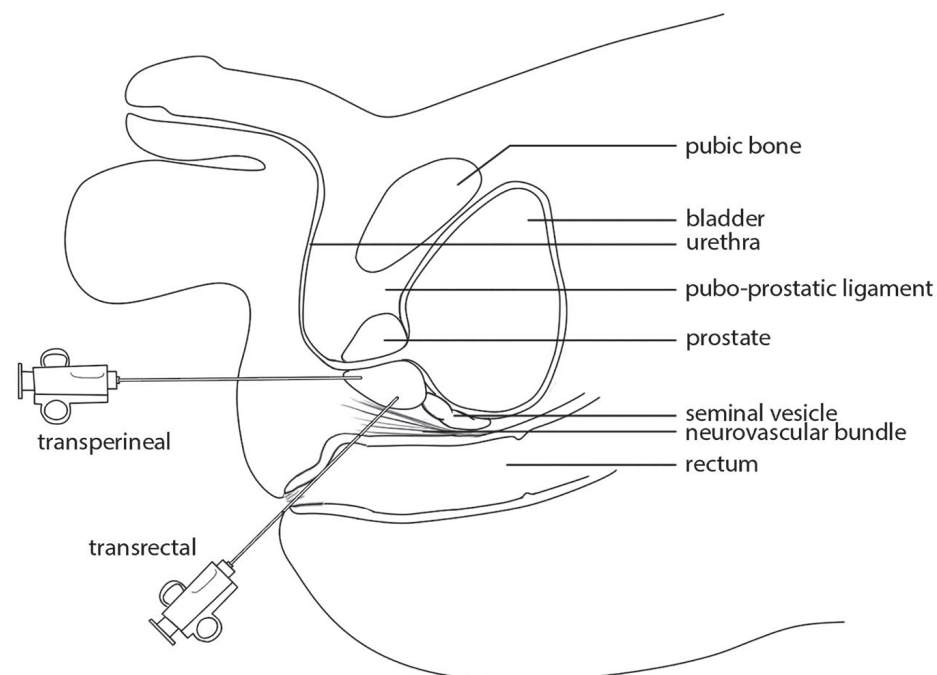


Figura. Vista sagital de la pelvis masculina que muestra 2 enfoques (transperineal y transrectal) para acceder a la glándula prostática para una biopsia.

modernos mejoran la detección de cánceres de próstata de alto grado al tiempo que reducen las biopsias innecesarias.⁴ A pesar de estas ventajas, las biopsias transrectales de próstata tienen un riesgo del 5% al 7% de infección posterior a la biopsia a pesar de la profilaxis antimicrobiana.⁵ Estas infecciones repercuten significativamente en los pacientes y, en términos más generales, en el sistema de atención de la salud. Con esto en mente, las guías profesionales recomiendan estrategias para minimizar el riesgo de infección relacionado con la biopsia, como la biopsia transperineal y la profilaxis dirigida.⁵

Más recientemente, los urólogos reinventaron la biopsia de prósta-

ta transperineal, ya que ofrece el potencial tanto para reducir los riesgos de infección como para mejorar la detección del cáncer a través de un mejor muestreo de la próstata anterior (ver Figura).⁶⁻¹⁰ La evidencia preliminar se derivó de la biopsia transperineal de próstata realizadas bajo anestesia general con un enfoque basado en una plantilla de braquiterapia. Aunque efectivo, este abordaje se asocia con complicaciones diferentes e igualmente significativas que incluyen mayor riesgo de sangrado, dolor y retención urinaria.⁹ Además, hay mayores costos relacionados

→ Continúa en la página 13

BIOPSIA TRANSRECTAL VERSUS TRANSPERINEAL

→ Continuación de la página 12

con la atención de la salud debido a la mayor atención requerida en un centro de cirugía con anestesia/sedación. Juntos, estos factores en contra limitaron la implementación generalizada de biopsias de próstata transperineales percutáneas. Sin embargo, en la última década, una mejor comprensión de la administración de anestesia transperineal^{11,12} y un adaptador de clic para la transductor de ultrasonido liderado por el urólogo Matthew Allaway, permitió un enfoque de fusión de ultrasonido y resonancia magnética cognitiva a mano alzada que tiene una curva de aprendizaje relativamente corta, fusionando los beneficios potenciales de la biopsia de próstata transperineal percutánea con una plataforma en el consultorio.

La profilaxis dirigida es otra estrategia para disminuir el riesgo de infección de la biopsia transrectal y está muy infrutilizada en comparación con la profilaxis amplificada. Además, aunque la profilaxis dirigida promueve la administración de antibióticos, existen pocos estudios prospectivos que evalúen su eficacia. Nuestra sesión plenaria de AUA2023 abordará este espacio en evolución y las brechas de evidencia significativas con respecto a la efectividad comparativa de la biopsia de próstata transperineal versus transrectal para mejorar las infecciones, las complicaciones no infecciosas (sangrado, retención urinaria), el dolor y la incomodidad, y la detección de cáncer clínicamente significativo. ■

1. Loeb S, Carter HB, Berndt SI, et al. Complications after prostate biopsy: data from SEER-Medicare. *J Urol.* 2011;186(5):1830-1834.
2. Welch HG, Fisher ES, Gottlieb DJ, et al. Detection of prostate cancer via biopsy in the Medicare-SEER population during the PSA era. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(18):1395-1400.
3. Cooperberg MR, Carroll PR. Trends in management for patients with localized prostate cancer, 1990-2013. *JAMA.* 2015;314(1):80-82.
4. Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M, et al. MRI-targeted or standard biopsy for prostate-cancer diagnosis. *N Engl J Med.* 2018;378(19):1767-1777.
5. Liss MA, Ehdaie B, Loeb S, et al. An update of the American Urological Association white paper on the prevention and treatment of the more common complications related to prostate biopsy. *J Urol.* 2017;198(2):329-334.
6. Basourakos SP, Alshak MN, Lewicki PJ, et al. Role of prophylactic antibiotics in transperineal prostate biopsy: systematic review and meta-analysis. *Eur Urol Open Sci.* 2022;37:53-63.
7. Kasivisvanathan V, Dufour R, Moore CM, et al. Transperineal magnetic resonance image targeted prostate biopsy versus transperineal template

prostate biopsy in the detection of clinically significant prostate cancer. *J Urol.* 2013;189(3):860-866.

8. Radtke JP, Kuru TH, Boxler S, et al. Comparative analysis of transperineal template saturation prostate biopsy versus magnetic resonance imaging targeted biopsy with magnetic resonance imaging-ultrasound fusion guidance. *J Urol.* 2015;193(1):87-94.
9. Huang H, Wang W, Lin T, et al. Comparison of the complications of traditional 12 cores

transrectal prostate biopsy with image fusion guided transperineal prostate biopsy. *BMC Urol.* 2016;16(1):68.

10. Hansen NL, Kesch C, Barrett T, et al. Multi-centre evaluation of targeted and systematic biopsies using magnetic resonance and ultrasound image-fusion guided transperineal prostate biopsy in patients with a previous negative biopsy. *BJU Int.* 2017;120(5):631-638.
11. Kubo Y, Kawakami S, Numao N, et al. Simple

and effective local anesthesia for transperineal extended prostate biopsy: application to three-dimensional 26-core biopsy. *Int J Urol.* 2009;16(4):420-423.

12. Meyer AR, Joice GA, Schwen ZR, et al. Initial experience performing in-office ultrasound-guided transperineal prostate biopsy under local anesthesia using the PrecisionPoint transperineal access system. *Urology.* 2018;115:8-13.

Hay un stent para cada caso.

Nuestra variada selección de stents ureterales incluye opciones blandas y rígidas* con diversas configuraciones que cubren las necesidades de drenaje de rutina y habituales de sus pacientes.



COOK
MEDICAL

Puede explorar nuestras soluciones de stents
<https://www.cookmedical.com/urology/stenting-solutions/>

* El material rígido termosensible del stent rígido Universa es rígido a temperatura ambiente. Cuando se entibia a la temperatura corporal, la rigidez del tubo del stent se reduce hasta el 42%.