



SCU  
Sociedad Colombiana de Urología®

REVISTA  
**UROLOGÍA**  
Colombiana

[www.elsevier.es/uroco](http://www.elsevier.es/uroco)



## COMENTARIOS EDITORIALES

### Comentario editorial a «Nefrolitotomía percutánea convencional vs. *tubeless*. ¿Es realmente necesaria la derivación urinaria?»

#### Editorial comment to «Conventional vs. tubeless percutaneous nephrolithotomy. Is the urinary diversion really necessary?»

Álvarez Villarraga JD, Carreño Galeano GL, Hernández García CE, Silva Herrera JM, Patiño Sandoval GA. Nefrolitotomía percutánea convencional vs. *tubeless*. ¿Es realmente necesaria la derivación urinaria? Urol Colomb. 2015. doi:10.1016/j.uroco.2015.12.001

Quiero iniciar mi comentario dejando claro algunas definiciones respecto al uso de tubos de derivación, luego de una nefrolitotomía percutánea.

La colocación de un tubo de nefrostomía ha sido lo normal, luego de la nefrolitotomía percutánea, con la idea de hacer hemostasia, evitar la extravasación de orina y mantener un adecuado drenaje de la unidad renal, por el cual se pueda acceder al riñón en caso de requerir una segunda mirada. Sin embargo, nos hemos dado cuenta que estas derivaciones no está exentas de causar dolor y molestias al paciente. Es por esto, que se han ideado varias técnicas para tratar de disminuir estas molestias a los pacientes, y es aquí donde haremos ciertas precisiones en las definiciones.

**Pequeños tubos de nefrostomía:** varios estudios han demostrado disminución de la morbilidad utilizando tubos más pequeños de nefrostomía, que los usados regularmente al finalizar el procedimiento. Pasando de tubos de 28 F a los cola de cerdo 8 y 10 Fr.

**Tubeless PCNL:** la definición correcta es ausencia de tubo de nefrostomía. En 1997, Bellman presentó los estudios iniciales dejando solo un drenaje interno y no dejando un

tubo de nefrostomía, mostrando mejoría en cuanto al dolor postoperatorio, disminuyendo la estancia hospitalaria y el periodo de incapacidad. En la mayoría de los estudios posteriores la decisión de no dejar tubo de nefrostomía se basa en la adecuada escogencia de los pacientes, en los cuales no se presenten complicaciones intra-operatorias, sangrado mínimo, y ausencia completa de cálculos al finalizar el procedimiento.

**Totally tubeless PCNL:** significa ausencia total de tubos de nefrostomía como catéter doble «J». Reportada inicialmente por Wickham et al., las conclusiones son que es un procedimiento bien tolerado y factible en pacientes muy bien seleccionados.

Entonces, si nos ceñimos estrictamente a estas definiciones, encontramos que en el trabajo realizado por el grupo del Dr. Álvarez no se dejó tubo de nefrostomía ni catéter doble «J», por lo cual estaríamos hablando de una técnica completamente sin tubos o como aparece en la literatura como «Totally tubeless PCNL». Esto difiere un poco con el título expresado en el título del artículo, en el cual el autor habla de una técnica *Tubeless*.

Otra de mis dudas respecto al artículo presentado fue en qué momento se realizó la aleatorización de los pacientes, si fue antes de realizar el procedimiento o si fue tras el operatorio. En los materiales y métodos solo se especifica que hubo 2 grupos. Uno de ellos de 26 pacientes, a los cuales no se dejó tubo de nefrostomía ni catéter doble «J», y otro de 23 pacientes a los cuales se les realizó una técnica convencional. Si los autores hablan de aleatorización se podría intuir que la decisión de no dejar tubos o de hacer una técnica convencional se tomó previo a la cirugía. Si esto fue así, siempre existirá la duda de qué sucede si en el grupo de los pacientes asignados para no dejar tubos se presenta alguna complicación transoperatoria, hay un sangrado importante o no se logra una extracción completa del cálculo. ¿Se dejaría a este paciente sin tubo? Aquí, según el estudio, esto no sucedió.

Esta dificultad en este tipo de estudios ha sido reconocido por los autores mundiales, y por esto ha sido siempre difícil la comparación de las técnicas de *small tubes*, *Tubeless* y *Totally Tubeless* con la técnica convencional de nefrolitotomía percutánea.

Es por esto, que mi recomendación respecto a la elección del método de drenaje debe ser de acuerdo al comportamiento de la cirugía.

Véase contenido relacionado en DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.12.001>

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](mailto: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](mailto:juanaa1963@gmail.com)

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