

## P21) QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN CARCINOMA UROTELIAL DE VÍA URINARIA SUPERIOR ¿ES LA ESTRATEGIA ADECUADA?

Testa Sklofsky, I<sup>1</sup>; Durán García, L<sup>1</sup>; Quiñones Rivera, C<sup>2</sup>; Donoso Vásquez, R<sup>1</sup>; Rojas Crespo, J<sup>1</sup>; Menchaca Cruzat, R<sup>1</sup>; Domínguez Argomedo, R<sup>1</sup>; Narváez Fuentes, P<sup>1</sup>; Vera Veliz, A<sup>1</sup>; García Larraín, V<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; <sup>2</sup>Interna Universidad de los Andes, Santiago, Chile;

<sup>3</sup>Hospital Dipreca, Santiago.

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma urotelial de vía urinaria superior es infrecuente y el 60% se presenta de forma invasora(1). El estándar de tratamiento actual es la nefroureterectomía radical (NUR) y vigilancia. En los últimos años se ha evidenciado la importancia de la quimioterapia (QMT). Administrarla mejora significativamente la sobrevida global (SG) y libre de enfermedad (SLE)(2,3). Cisplatino es la primera línea, pero suele ser difícil de administrar, ya que la cirugía disminuye la función renal que ya es baja en pacientes añosos (peak de incidencia 70-90 años), debiendo ofrecerles QMT de segunda línea que no ha demostrado un beneficio significativo en SLE (4). Este estudio busca demostrar lo complejo que es ser candidato a QMT adyuvante de primera línea por descenso de función renal postquirúrgica.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de pacientes con NUR entre 2013 – 2020 en centro único. La función renal fue calculada con el método de MDRD-7 en el prequirúrgico inmediato y a los 3 meses postquirúrgico. Se calculó la diferencia entre las velocidades de filtración glomerulares (VFG) pre y postquirúrgicas mediante t de student.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 22 pacientes. Edad media 71.2 años. El 77% fueron de alto riesgo según sus características prequirúrgicas, 63.6% fueron T2-T3. En pacientes cisplatino-elegibles la VFG media fue 70.1 prequirúrgica y 52 postquirúrgica (IC 95% 7.31-29 p=0.002). Previo cirugía 60% eran cisplatino-elegibles, bajando a 30% postquirúrgico.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie, la mayor encontrada en la literatura nacional, el descenso en la VFG media fue de aproximadamente 18 ml/min, menor a la publicada en la literatura, aunque significativa. Tras realizar una NUR solo el 30% de los pacientes serán candidatos a recibir QMT de primera línea. El 70% deberán ser vigilados con una SG < 50% en 5 años o recibir QMT segunda línea. Creemos que este trabajo demuestra lo difícil que es seguir la estrategia de utilizar QMT adyuvante y que los esfuerzos se deberían centrar en una QMT neoadyuvante para aumentar la sobrevida de los pacientes.