



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Vicente Rodríguez, J.

Cronicon de la R.T.U. de la H.B.P.

Archivos Españoles de Urología, vol. 61, núm. 7, septiembre, 2008, pp. 769-774

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013947001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# EDITORIAL

TOMO 61  
Número 7  
Septiembre  
2008

## ARCHIVOS ESPAÑOLES DE UROLOGÍA

FUNDADOS POR E. PEREZ CASTRO, A. PUIGVERT GORRO Y  
L. CIFUENTES DELATTE

Director / Editor: E. Pérez-Castro Ellendt  
Editor Asociado: L. Martínez-Piñeiro Lorenzo  
Editor Asociado Internacional: J. I. Martínez-Salamanca



J. VICENTE RODRÍGUEZ

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de Salamanca. 1962.
- Especialista en Urología. Universidad de Barcelona. 1966
- Councillor of the International Society of Urologic - Endoscopy, desde 1982.
- 16 premios nacionales e internacionales de la especialidad.
- Organización de 28 cursos nacionales e internacionales de la especialidad.
- Profesor invitado en más de 800 congresos / cursos nacionales e internacionales.

### CRONICON DE LA R.T.U. DE LA H.B.P.

J. Vicente Rodríguez

Fundación Puigvert. Barcelona. España.

### INTRODUCCIÓN

El Diccionario de la RAE define "cronicón" como: "breve narración histórica puesta en orden cronológico". Respetaremos esta definición, relatando sucesivamente los avatares sufridos por la RTU de la HBP durante los 40 años en que el autor de este artículo ha sido testigo, participé y a veces protagonista de su accidentada evolución.

Reduciendo bibliografía, suprimiendo estadísticas y ordenando por décadas su exposición, intentaremos ofrecer una visión personal, crítica e histórica de los hitos fundamentales de esta técnica endoscópica durante cuatro décadas.

### DÉCADA DE LOS 70: Consolidación técnica

**De cirugía "cerrada" a cirugía "abierta":** se inicia la visión compartida (cirujano/alumno) gracias al esfuerzo docente de ciertos centros (F. Jiménez Díaz, F. Puigvert, etc) y al desarrollo de utilaje de enseñanza:

## EDITORIAL

- Número superior a 600 publicaciones en revistas nacionales e internacionales.
- Colaborador en número superior a 30 libros nacionales e internacionales.
- Autor de 6 libros de la especialidad.
- Autor de 42 videos, entre ellos 15 premiados.
- Miembro de 18 Sociedades y Academias Médicas.
- Presidente del Congreso Nacional de Urología. 1994.
- Subdirector del Servicio de Urología de la Fundació Puigvert. 1986-1994.
- Director del Servicio de Urología de la Fundació Puigvert. 1994-2002.
- Asesor de la Dirección Médica de la Fundació Puigvert.

transmisión con luz fría, óptica en ángulo recto o rotula, brazos/cámaras pesadas y poco funcionales, etc.

**Dominio técnico:** “los límites de la RTU los pone el urólogo, no la próstata” (Dr. Vicente). En esta década ya se dispone de resectores validos tipo Iglesias con irrigación continua (1) y están establecidos los principios de las técnicas propuestas por Nesbit (2), Barnes (3) e Iglesias (4). Sumando a ello, la herencia recibida de nuestros maestros: Cifuentes, Rocha Brito, Blandy, etc que permitió a muchos urólogos españoles dominar la técnica de la RTU.

**Salto cualitativo: de la RTU “funcional” (canal uretral) a la adenomectomía transuretral (5):** la cirugía prostática realizada por vía endoscópica, ha de someterse a las mismas exigencias que otra intervención quirúrgica y “debería llamarse Adenomectomía Transuretral a la extirpación del tejido adenomatoso prostático conseguido a través de la uretra”. El término no tuvo continuidad pero sí el concepto.

**De la RTU según dominio técnico a la RTU indicada según forma / crecimiento de la próstata:** la elección de la técnica endoscópica, se hacia sólo por el volumen prostático; sin embargo el autor de este artículo resaltó la importancia que tiene la forma y crecimiento preferente de la próstata en la elección de la técnica idónea de resección a emplear (6).

### DÉCADA DE LOS 80: Reafirmación y descrédito

**Enseñanza y apredizaje simplificados:** la trasmisión de imágenes endoscópicas por cables flexibles y pequeñas cámaras evitaron la distorsión óptica, simplificaron la trasmisión a televisión y facilitaron la creación de vídeos didácticos (1º Cursos de Video Cirugía 1984-85 en F. Puigvert, J. Vicente). Sumando a ello la sistematización técnica, en esta década fué mas fácil aprender y dominar la técnica de RTU.

**La RTUp como “Gold Standard”:** a pesar de que durante esta década la “RTU precoz” fué responsable de cierto descrédito (tres de cada cuatro RTU's en EEUU fueron “inapropiadas”) (7), en nuestro medio

## EDITORIAL

la RTU bien indicada se reafirmó como el tratamiento quirúrgico de elección estándar de la HBP obstructiva.

**Roosmania:** la aparición del trabajo de Roos y cols (8) comparando mortalidad / reintervención entre cirugía endoscópica y abierta causaron gran impacto en la comunidad urológica.

Según estos autores la RTUp superaba a la cirugía abierta en 2,1 y 7,8 % en mortalidad a 1 y 8 años y mostraba 2,4 y 10,3 % mas reintervenciones la RTU que la Adenomectomía; ello motivó importante descrédito inicial, condicionando la rentabilidad a distancia de la RTU de próstata y frenando su ejecución.

**Crítica a la crítica de la RTU de HBP:** con este título el autor de esta editorial cuestionó la fiabilidad de la metodología y conclusiones del trabajo de Roos y cols. (9). De hecho en su experiencia y en la de otros cinco autores en los 90 (10), reproducidos en la década del 2000 por otros tres trabajos (11), no se han observado diferencias en mortalidad entre cirugía abierta y RTU. Tampoco se ha demostrado en el índice de reintervención a largo seguimiento (10,12). Justificar que trastornos electrolíticos durante la RTU aumentaran el índice de muertes por infarto de miocardio (según Roos y cols.), tampoco se ha reproducido a seguimiento de 8 años en trabajos recientes (12).

### DÉCADA DE LOS 90: Consensos y autocríticas

**Problemas resueltos y por resolver:** se asume mayoritariamente la videocirugía y el baremo de síntomas (IPSS); se consensúa la evolución e indicaciones de la HBP (reuniones periódicas del International Consulting on BPH (13). El tratamiento medicamentoso con  $\alpha$ -bloqueantes (14), retrasa la necesidad de cirugía y elimina la "RTU precoz".

Sustituir la RTU por la incisión en próstatas pequeñas, evitó en nuestra experiencia el mayor porcentaje de complicaciones (15), aunque la mortalidad en general varió poco en la bibliografía general.

**Alternativas a la RTUp:** el inicio bien intencionado, fue rápidamente triunfalista debido al empuje interesado industrial y al protagonismo de algunos urólogos. Nacieron múltiples alternativas: TULIP, hipertermia, dilatación con balón (abandonados precozmente); VLAP, láser de contacto, láser intersticial, TUNA, TUMT, vaporización, prótesis, Holmium Laser.

Todas alcanzaban excelentes resultados subjetivos, pero no objetivos (excepto las ablativas: Holmium Laser y Vaporización) y se elevaban los síntomas irritativos postoperatorios, necesidad / tiempo de sonda uretral, índice de retratamiento etc. (10,11,15).

**"Crónica de una muerte anunciada":** la impronta del trabajo de Roos y cols., la aparición de tratamiento que interfiere en el desarrollo prostático: inhibidores de la 5  $\alpha$  reductasa (16) y la irrupción de las alternativas, redujo en porcentaje variable el número de RTU's y se llegó a aceptar que "La RTUp hoy, ha pasado a ser historia" (Stamey 1993) (17) y preguntarse Marberguer: ¿Todavía está justificada la RTU de próstata? (18).

**Descréxito / abandono mayoritario de las Alternativas:** la mayoría de las Alternativas han sido abandonadas al valorar los resultados decrecientes con el tiempo (11); a la evidencia científica: medicina basada en la evidencia, metaanálisis (18,19), estudios randomizados (18,20,11), y comparativos entre bibliografía foránea y experiencia personal (15,21).

## EDITORIAL

Sumando a ello el rigor metodológico en la evaluación de resultados a largo plazo de seguimiento (20, 22, 23), solamente quedaron como alternativas a las RTU las que eran ablativas: vaporización y Holmium Laser; en casos en que la cirugía endoscópica está condicionada por el paciente: TUMT y TUNA y cuando aquella no es posible: prótesis endoprostáticas (21).

### **1<sup>a</sup> DÉCADA DEL 2000: Década y conceptos incompletos.**

Contemplada la HBP como una enfermedad evolutiva, demostrado el beneficio del tratamiento combinado medicamentoso (MTOPS, COMBAT) y aceptadas mayoritariamente las directrices propuestas por los EAU Guidelines, queda conseguir que la RTU tenga la escasa morbilidad de las alternativas "verdaderas" y que estas tengan los buenos resultados de la RTU,

**La RTU de la HBP hoy:** nuevamente amenazada a pesar de conseguir resultados igualados, pero no superados por otro tratamiento (I.de S.: 87%; ↓IPSS: 70-80%; ↑Q, max: 125%) que se mantienen a largo tiempo (10 a 17 años) y con el mas bajo índice de retratamiento (entre 5 a 7,5%, a 5 y 12 años) (11,15,18,20,23).

**La correcta indicación:** incisión en próstatas pequeñas; técnica depurada (respeto de esfínter interno y del verum) (15)y el cambio de utilaje: electrobisturi multipulsos (24) asas de vaporización / resección (25) y RTU bipolar (26), han conseguido realmente reducir la morbilidad per / postoperatoria. Las complicaciones de la RTUp actuales, con las que debemos comparar cualquier otra terapéutica, son: sangrado (necesidad de transfusión); menos del 2%; síndrome de reabsorción: 0%, esclerosis cervical: 0,3%, estenosis uretral: 2,2-3%; incontinencia "vera": 0,5% y eyaculación retrógrada; 64,4% (15,27).

**Las verdaderas alternativas hoy:** podemos inicialmente incluir en esta denominación al Holmium y al KTP lasers.

Con la "vaporización" (HOLY), "resección" (HOLR) y "enucleación" (HOLE) de próstatas con energía de Laser Holmium, se ha demostrado en estudios multicéntricos (algunos randomizados) (18,20,23,28), que se consiguen resultados subjetivos /objetivos, se mantienen durante largo tiempo y con índice de retratamiento, similares a los de la RTUp; además el sangrado, tiempo de sonda uretral y hospitalización son menores. Ello ha motivado que sea considerado por algunos como "el nuevo gold standards" (29) y que sea incluido como verdadera alternativa en los Guidelines Europeos.

Sin embargo su aceptación no es mayoritaria en la comunidad urológica por: mayor tiempo quirúrgico que la RTU (en parte empleado por el morcillador), mayor coste (tanto el inicial como por el tiempo de quirófano) y mas larga curva de aprendizaje (necesarios entre 20 o 50 casos para iniciarse en su dominio técnico (11,28,29).

La vaporización prostática con láser KTP, iniciada en 1997 (60 wats) y prácticamente silente hasta 2003 (80 wats) en que experimenta una explosión divulgativa y de práctica clínica. Ha demostrado conseguir resultados similares a los de la RTU pero con escaso sangrado, necesidad de sonda y de hospitalización menor de 24 horas (11,28).

Sin embargo se desconoce si se mantendrán a largo seguimiento: en un trabajo a cinco años: de 94 pacientes solo 14p (15%) alcanzan esta fecha (30), en otro con 200 pacientes de estudio

## EDITORIAL

"valorados al año" sólo alcanzan esta fecha 42 de los del inicio (31); consecuencia de ello tampoco se conoce con certeza el índice de reintervención (sólo un trabajo con 7% (30). Datos discordantes o no bien contrastados: síntomas irritativos postoperatorios (entre el 6 y 30%), tiempo quirúrgico (entre 40-120' con 0,3-0,5 gramos por minuto aunque con mayor rendimiento con 120 wats de potencia) y los escasos estudios randomizados (sólo uno publicado) (32), ha influido en que no haya sido incluido como Alternativa en la Guidelines Europea.

Tras repasar las aventuras y desventuras de la RTU de la HBP, valorar sus ataques y reafirmaciones, parece lógico hoy no adoptar criterios drásticos sobre su exclusividad o exclusión.

Por otra parte las Alternativas actuales, consiguen excelentes beneficios clínicos, pero están condicionados al juicio del tiempo y al rigor científico. En la actualidad ambas, RTU y Alternativas, deberían contemplarse como soluciones complementarias y no competitivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. IGLESIAS, J.J.; FIORE, G.: "Iglesias resectoscope with simultaneous irrigation, suction and low intravesical pressure". Eur. Urol., 1: 251, 1975.
2. NESBIT, R.M.: "Prostatectomía Transuretral (versión castellana)". Charles G. Thomas. Pub. Springfield, 1946.
3. BARNES, R.W.: "Handbuch der urologie". Springer Verlag. Berlin, 1959.
4. CIFUENTES DELAITE, L.: "Cirugia Urologica Endoscopica". 2ª Edición. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1959.
5. VICENTE RODRÍGUEZ, J.: "Adenomectomía Transuretral". Ed. ECO. Barcelona, 1979.
6. VICENTE, J.: "Approach of transurethral adenomectomy: Diagnosis and therapy". Eur. Urol., 3: 310, 1977.
7. COTTON, P.: "Case for prostate therapy wanes despite more treatment options". JAMA, 266: 459, 1991.
8. ROOS, N.P.; WENNBERG, J.E.; MALENKA, D.J. y cols.: "Mortality and reoperation after open and transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia". N. Eng. J. Med., 20: 1120, 1989.
9. VICENTE, J.: "Crítica a la crítica de la RTU a la HBP". Actas Urol. Esp., 16: 677, 1992.
10. VICENTE, J.: "Tratado de Endourología". Cap. V. Pag. 303-396. Editorial Pulso. Barcelona, 1996.
11. REICH, O.; GRATZKE, C.; STIEF, C.G.: "Techniques and long-term results of surgical procedures for BPH". Eur. Urol., 49: 970, 2006.
12. MADERSBACHER, S.; LACKNER, J.; BRÖSSNER, C. y cols.: "Prostate Study Group of the Austrian Society of Urology. Reoperation, myocardial infarction and mortality after transurethral and open prostatectomy: A nation-wide, long-term analysis of 23,123 cases". Eur. Urol., 47: 499, 2005.
13. DENIS, L.; McCONELL, J.; YOSHIBA, O. y cols.: "Recomendations of the Internaciona Scientific Comité: The evolution and treatment of lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign Prostatic Obstruction". Denis L, Griffiths K. y cols. 4th I.C. on BPH. Ed. SCI. Paris. Pag. 669-683, 1998.
14. DJAVAN, B.; MARBERGER, M.: "A meta-analysis on the efficacy and tolerability of alpha1-adrenoceptor antagonists in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction". Eur. Urol., 36: 1, 1999.
15. VICENTE, J.: "HBP 2001". Ed. Acción Médica, Madrid, 2001.
16. McCONNELL, J.D.; BRUSKEWITZ, R.; WALSH, P. y cols.: "The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group". N. Eng. J. Med., 338: 557, 1998.
17. STAMEY, T.A.: "Monographies in Urology". Editorial, 14: 1993.
18. MADERSBACHER, S.; MARBERGER, M.: "Is

## EDITORIAL

- transurethral resection of the prostate still justified?”. *BJU Int.*, 83: 227, 1999.
19. ROEHRBORN, C.G.: “Estándard surgical interventions: TUIP/TUR/OPSU”. Kirby R, McConell J, Fitzpatrick JM. y cols. Texbook of Bening Prostatic Hiperplasia. ISIS Medical Media Oxford. Pag. 341-378, 1996.
  20. TUBARO, A.; VICENTINI, C.; RENZETTI, R. y cols.: “Invasive and minimally invasive treatment modalities for lower urinary tract symptoms: What are the relevant differences in randomised controlled trials?”. *Eur. Urol.*, 38: 7, 2000.
  21. VICENTE, J.: “Visión actual y critica de las alternativas a la cirugía transuretral de la hiperplasia benigna de próstata”. *Arch. Esp. Urol.*, 56: 1023, 2003.
  22. FITZPATRICK, J.M.: “A critical evaluation of technological innovations in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia”. *Br. J. Urol.*, 81: 56, 1998.
  23. PONHOLZER, I.; MARSZALEK, M.; MADER-SBACHER, S.: “Minimal invasive treatment of BPH”. *EAU Update Series*, 2: 24, 2004.
  24. MAY, F.; HARTUNG, R.: “Surgical treatment of BPH: Technique and results”. *EAU Update Series*, 2: 15, 2004.
  25. REICH, O.; FAUL, P.: “The Band Electrode: ongoing experience with a novel TURP loop to improve hemostasis in 265 patients”. *Urol. Int.*, 72: 40, 2004.
  26. HO, H.S.; YIP, S.K.; LIM, K.B. y cols.: “A prospective randomized study comparing monopolar and bipolar transurethral resection of prostate using transurethral resection in saline (TURIS) system”. *Eur. Urol.*, 52: 517, 2007.
  27. RASSWEILER, J.; TEBER, D.; KUNTZ, R. y cols.: “Complications of transurethral resection of the prostate (TURP) incidence, management, and prevention”. *Eur. Urol.*, 50: 969, 2006.
  28. KUNTZ, R.M.: “Current role of lasers in the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH)”. *Eur. Urol.*, 49: 961, 2006.
  29. ELZAYAT, E.E.; ELHILALI, M.: “Holmium laser enucleation of the prostate (HOLEP): Long-term results, reoperation rate and possible impact of the learning curve”.
  30. MALEK, R.S.; KUNTZMAN, R.S.; BARRETT, D.M.: “Photoselective potassium-titanyl-phosphate laser vaporization of the benign obstructive prostate: observations on long-term outcomes”. *J. Urol.*, 174: 1344, 2005.
  31. TE, A.E.; MALLOY, T.R.; STEIN, B.S. y cols.: “Photoselective vaporization of the prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia: 12-month results from the first United States multicenter prospective trial”. *J. Urol.*, 172: 1404, 2004.
  32. BOUCHIER-HAYES, D.M.; ANDERSON, P.; VAN APPLIEDDORN, S. y cols.: “KTP laser versus transurethral resection: early results of a randomized trial”. *J. Endourol.*, 20: 580, 2006.