



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Loizaga Iriarte, Ana; Senarriaga Ruiz de la Illa, Nerea; Unda Urzaiz, Miguel

¿Cual es el "gold standard" en la cirugía de la HBP?

Archivos Españoles de Urología, vol. 62, núm. 2, marzo, 2009, pp. 93-95

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013954001>

- 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

## 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

Arch. Esp. Urol. 2009; 62 (2): 93-95

### EDITORIAL

#### ¿Cual es el "gold standard" en la cirugía de la HBP?

*Ana Loizaga Iriarte, Nerea Senarriaga Ruiz de la Illa y Miguel Unda Urzaiz.*

*Servicio de Urología. Hospital de Basurto. Universidad del País Vasco. Bilbao. Vizcaya. España*

En los últimos años se han publicado dos editoriales en esta revista, Archivos Españoles de Urología, titulados de forma muy gráfica "Que me quede como estoy" por el Dr. E. Sánchez de Badajoz (1) y la "La indicación terapéutica ¿es una categoría inmutable?" por el Dr. A. Gelabert (2) en relación a los avances que se producen en la cirugía y las reticencias que ello provoca en la comunidad científica en general y en nuestro caso también entre los urólogos.

No nos podemos olvidar por reciente, las primeras cirugías laparoscópicas que realizaban los cirujanos generales extrayendo vesículas con tiempos quirúrgicas de 6 y hasta 8 horas, con muchas reconversiones a cirugía abierta y mirados con lupa por sus compañeros de especialidad. Algo parecido sucedió cuando algunos urólogos de servicios dirigidos por compañeros con la mente abierta a la innovación y el desarrollo tecnológico, dos palabras con las que ahora se les llena la boca a muchos políticos, se decidieron por fomentar y alentar cirugías menos agresivas para beneficio de sus pacientes (2). De esta forma iniciaron su andadura con linfadenectomías ilioobturatrices, varicocelectomías o cirugías para corregir la incontinencia urinaria en la mujer.

Ahora sin embargo, nadie duda de la laparoscopia como un gran avance en la técnica quirúrgica y los que proclamaron a los cuatro vientos que en sus servicios nunca se harían ese tipo de cirugías, o han rectificado a tiempo plegándose a la evidencia, o se han jubilado.

En términos parecidos podríamos hablar de la cirugía de la hipertrofia benigna de próstata. Cuando en los años 70 se instauró de forma generalizada la resección transuretral, supuso un avance importantísimo en cuanto a disminución de la morbilidad con respecto a la adenomectomía retro-púbica o transvesical y sin embargo hubo urólogos que tardaron en incorporar la técnica a su quehacer diario.

## EDITORIAL

Desde entonces no le han faltado competidores que han intentado desbancarla de su posición de privilegio. Ninguno lo ha conseguido, las necrosis producidas por las distintas fuentes de energía o agentes químicos, la dilatación con balones de alta presión, los stent uretrales, la vaporización eléctrica o por láser de contacto, etc., tardaban el mismo tiempo en aparecer como en desaparecer del mercado, no habiéndose hecho nunca de ellas un uso generalizado. Por tanto, las referencias quirúrgicas siguen siendo la resección transuretral para las próstatas pequeñas y la adenomectomía retropúbica para las grandes, dependiendo de la habilidad y experiencia del urólogo el situar el límite con que realizar una u otra cirugía.

En el momento actual han llegado a nuestras manos dos nuevos láseres, KTP y Holmium. Ambos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la HBP. Los dos consiguen disminuir la morbilidad de la cirugía de la próstata con tiempos de estancia hospitalaria y días de sonda menores que la cirugía habitual, RTU o adenomectomía y con resultados clínicos comparables si la indicación se ha realizado correctamente.

Sin embargo, hay una diferencia importante entre ambos tipos de Láser. El KTP únicamente vaporiza y a pesar de haber aumentado su potencia hasta 120 W, donde mejor demuestra su utilidad es en próstatas pequeñas excepto quizás en manos muy expertas, lo mismo que sucede en la RTU. Y para próstatas pequeñas la ventaja sobre la RTU se minimiza debido al desembolso económico que supone este tipo de láser.

Con el Holmium se puede vaporizar de forma semejante al KTP, pero su gran ventaja es que además también se puede enuclear y por tanto no sólo podemos sustituir a la RTU sino también a la adenomectomía. La enucleación permite realizar la cirugía de forma semejante a la que realizamos por vía retropúbica pero con las ventajas de la vía endoscópica y su menor morbilidad. Y esto es lo que realmente marca la diferencia. Cambiar una adenomectomía retropúbica o transvesical por una cirugía endoscópica sin transfusiones sanguíneas, con una estancia hospitalaria que no pasa de 24-48 horas y aún menos de sonda uretral, sí que es un salto cualitativo importante. Y otra diferencia con respecto a la vaporización es el hecho de tener todo el tejido para poder hacer el estudio anatomopatológico lo que supone un valor añadido en pacientes con PSA por encima de 2-2.5 ng/ml.

Con este láser, además, el coste de la inversión se diluye al ser fibras reutilizables y poder ser empleado en otro tipo de patologías como la litiasis, algunos tumores, estenosis, lesiones cutáneas penianas, etc.

Es cierto que la enucleación, a diferencia de la vaporización, es una técnica compleja, difícil de realizar y con una curva de aprendizaje que ha hecho que hasta el momento sean pocos los hospitales que hayan incorporado esta técnica a su programa quirúrgico. Esto podría hacernos pensar que volvemos a repetir las mismas reticencias con una cirugía nueva, no aprendida desde nuestros inicios como urólogos, pero con múltiples ventajas y una desventaja destacada: hay que aprender una técnica difícil cuando ya tenemos otra forma de resolver correctamente la patología. Avanzar en ello es innovar.

A pesar de ello poco a poco son cada vez más los urólogos que se están iniciando en esta cirugía y así a los precursores, Hospital Carlos Haya de Málaga, Hospital de Basurto en Bilbao, Hospital del Mar en Barcelona y Hospital de La Paz en Madrid, se les han unido Povisa en Vigo, 12 de Octubre en Madrid, Hospital de Bellvitge en Barcelona y Hospital Morales Meseguer en Murcia.

## EDITORIAL

El tratamiento con el Holmium disponible desde hace 10 años, posee un respaldo bibliográfico mucho más amplio que el KTP con el que no hay estudios randomizados con un seguimiento a largo plazo que demuestre la fiabilidad de la vaporización y con ella la ausencia de retratamientos (4-7).

La comercialización de nuevos tipos de láser de Diodo (8) con una longitud de onda de 980 nm para vaporizar como el KTP pero con fibras reutilizables, de 1470 nm que permite enuclear o el Thulium (9) también con posibilidades de enuclear, puede hacer que los precios se reduzcan y la adquisición no sea tan gravosa como lo es en la actualidad.

Esperemos que como sucedió con otras técnicas quirúrgicas complejas, la enucleación se generalice y acabe convirtiéndose en el nuevo "gold standard" del tratamiento de la HBP quedándose la vaporización para próstatas pequeñas y pacientes con antiagregantes o anticoagulantes que no puedan suspender el tratamiento (10).

Estamos convencidos de que la cirugía de la próstata con láser, ha venido para quedarse. El tiempo lo dirá.

### **BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\* lectura fundamental)**

- \*1. Sánchez de Badajoz E. Que me quede como estoy. Arch Esp Urol, 2005; 58: 93-94.
- \*2. Gelabert A. La indicación terapéutica ¿Es una categoría inmutable? Arch Esp Urol, 2006; 59: 763-65.
3. Rioja C, Blas M, Rioja LA. Linfadenectomía laparoscópica. Indicaciones actuales. Arch Esp Urol, 2002; 55: 667-68.
- \*\*4. De la Rosette J, Alivizatos G. Lasers for the treatment of the bladder outlet obstruction: Are they challenging conventional treatment modalities? Eur Urol, 2006; 50:418-20.
- \*\*5. Kuntz R.M. Current role of lasers in the treatment of benign prostatic hyperplasia. Eur Urol, 2006; 49:961-69.
6. Montorsi F, Naspro R, Salonia A, Suardi N, Briganti A, Zanoni M, et al. Holmium Laser enucleation versus transurethral resection of the prostate: Results from a two centre prospective randomized trial in patients with obstructive benign prostatic hyperplasia. J Urol, 2004; 172: 1926-29.
7. Kumar S.M. Photoselective vaporization of the prostate: A volume reduction analysis in patients with lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia and carcinoma of the prostate. J Urol, 2005; 173: 511-13.
8. Seitz M, Sroka R, Grtze C, Schlenker B, Steinbrecher V, Khoder W, et al. The Diode Laser: A novel side-firing approach for the laser vaporization of the human prostate. Immediate efficacy and a 1-year follow-up. Eur Urol, 2007; 52: 1717-22.
9. Xia SJ, Zhuo J, Sun XW, Han BM, Shao Y. and Zhang YN. Thulium Laser versus standard transurethral resection of the prostate: A randomized prospective trial. Eur Urol, 2008; 53: 382-90.
10. Gilling P. Laser vaporization of the prostate: Are we there yet? Eur Urol, 2007; 52: 1569-70.