

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. 2010; 63 (7): 491-492

EDITORIAL

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA PARA RESIDENTES EN UROLOGÍA

Alfredo Gil-Vernet

Unidad de Urología. Centro Médico TEKNON. Barcelona. España.

"Mal maestro será aquel que no sea capaz de aprender de sus alumnos".

Hace ya algún tiempo tuve la oportunidad de charlar con un grupo de residentes de Urología de un gran hospital docente sobre un tema apasionante, como es la cirugía reconstructiva de uretra. Todos habían realizado múltiples "-ectomías" en sus diferentes años de especialidad: postectomías en su iniciación quirúrgica, y nefrectomías y cistectomías radicales en su consagración técnica; y además, estaban al día en todas las técnicas endourológicas. Al preguntarles sobre sus habilidades quirúrgicas en el tratamiento de la estenosis de uretra, la respuesta fue unánime: "Dilataciones y Sachses". ¡Exactamente lo mismo que yo hubiera contestado cuando finalizaba mi residencia, sólo que habían transcurrido 20 años!

En la actualidad, la cirugía pediátrica y en concreto los urólogos pediátricos son los responsables de dar soluciones reconstructivas a las malformaciones o anomalías congénitas genitourinarias; y son muy pocos los pacientes que llegan a la edad adulta sin haber sido diagnosticados y tratados. Los residentes de Urología pueden observar cómo se llevan a cabo diferentes técnicas reconstructivas durante su período de rotación en un Servicio de Cirugía Pediátrica, pero la realidad es que ellos no serán los que las realicen de forma habitual.

¿Necesitamos médicos urólogos que al finalizar su residencia sean muy buenos ayudantes quirúrgicos, o bien queremos formar cirujanos urólogos bien entrenados, con criterio para decidir qué tipo de cirugía aplicar, y con capacidad para completarla?

EDITORIAL

La patología urológica que requiere reconstrucción también se da en el adulto. Así pues, cuando realizamos reimplantaciones uretrales, enterocistoplastias, neovejigas intestinales, anastómosis vésico-uretrales, vaso-vasostomías y uretroplastias, por citar sólo algunas intervenciones, estamos reconstruyendo. En el adulto, aparte de las etiologías traumática y neoplásica, existe otra causa que presenta una notable incidencia y una mayor repercusión social: la lesión de origen iatrógeno. Aquí es donde el urólogo reconstructivo tiene su papel principal, debiendo actuar con diligencia, claridad de criterio y empatía para restablecer o recomponer lo que la lesión no deseada ha dañado.

Sin embargo, sorprende comprobar que la palabra "reconstructiva" no aparece ni ha aparecido nunca en ninguno de los diversos Grupos de Trabajo que han ido surgiendo en la Asociación Española de Urología. En Europa, por el contrario, se constituyeron en su momento dos Sociedades distintas de Urología Reconstructiva, que con el tiempo se fusionaron en la actual "European Society of Genitourinary Reconstructive Surgeons" (ESGURS), que ha sido integrada como Sección en la "European Association of Urology".

Todo un ejemplo a seguir.

Y si las cosas no cambian, los residentes de Urología que presenten una comunicación sobre cirugía reconstructiva de uretra en nuestro Congreso Nacional, la verán incluida en el apartado (nunca mejor dicho) de "Miscelánea" o de "Otras Técnicas Quirúrgicas".

No podemos animar a nuestros residentes a iniciarse en la laboriosa cirugía reconstructiva de la estenosis de uretra si todavía creemos "que con las dilataciones el paciente ya va bien (..y nosotros también)", o bien "que el meato perineal es lo mejor y lo más cómodo para el paciente (..y para nosotros también)".

En el documento de consentimiento informado para uretrotomía interna endoscópica ("Sachse") divulgado por nuestra Asociación Española de Urología se lee: "... mediante esta técnica se extirpa totalmente la estenosis de uretra", y en el correspondiente para uretroplastia encontramos las frases: "... mediante esta técnica se trata la estenosis de uretra", y "... además, comprendo que en el mejor de los casos, por la propia naturaleza de la enfermedad, puede ser necesario realizar dilataciones uretrales periódicas" (sic).

¿Qué confianza y seguridad vamos a transmitir a nuestros pacientes con enfermedad estenótica uretral si nosotros mismos no creemos que la estenosis de uretra tiene curación con la cirugía reconstructiva? ¿Hasta cuándo vamos a seguir adiestrando a nuestros residentes en el "manejo" de las estenosis de uretra ("dilataciones y Sachses de por vida"), en lugar de enseñarles técnicas de reconstrucción para curarlas?

La cirugía reconstructiva de uretra no tiene fármacos asociados ni grandes industrias tecnológicas que la promocionen. Se enseña con pinzas, porta y tijeras; y se inculca con tesón, paciencia y detalle artesanal. Ni la sonda vesical más sofisticada, ni el pegamento biológico más caro impedirán que fracase una técnica de uretroplastia si ésta ha sido indicada con un criterio equivocado ("porque está de moda", "porque es la más fácil"), o efectuada de forma poco meticulosa.

Y si a pesar de todo, tengo alguna duda, siempre llevo en el bolsillo de mi bata la máxima que aprendí de mi Maestro en Cirugía Reconstructiva: "Lo mejor o más fácil para el cirujano no siempre coincide con lo mejor o más deseable para el paciente".

Gracias amigos residentes por aquella charla sobre cirugía reconstructiva de uretra. El futuro es sólo vuestro.