

Entrevista: Dr. Gilberto Chéchile Toniolo, Director del Instituto de Enfermedades Prostáticas del Instituto Universitario Quirón-Dexeus y del Instituto Médico Tecnológico de la Clínica Nostra Senyora del Remei

Novedades en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prostáticas



¿Qué novedades hay en el diagnóstico del cáncer de próstata?

El cáncer de próstata es el tumor diagnosticado más frecuentemente en los varones españoles y se considera que el número de casos aumentará en los próximos años. Uno de cada 6 varones desarrollará cáncer de próstata a lo largo de su vida. En el momento actual no existe un marcador ideal para diagnosticar el cáncer de próstata. Hasta hace pocos años solo contábamos con el PSA que tiene como inconveniente el elevarse con cualquier enfermedad de la próstata (infección, inflamación, hiperplasia benigna o cáncer) por lo que muchos hombres que se someten a una biopsia de próstata por PSA elevado no mostrarán cáncer y sin embargo pueden presentar complicaciones (infección, sangrado, etc). En 2009 fuimos los primeros en utilizar en nuestros institutos el PCA3 que es un marcador que se estudia en la orina de los varones y que solo se eleva en los que presentan cáncer de próstata. Este test nos permite identificar a los pacientes que necesitarán una biopsia de próstata ya que los varones con PCA3 superior a 35 deben ser sometidos a biopsia, mientras que los que lo tienen por debajo tienen menos posibilidades de pre-

sentar cáncer. Aunque el PCA3 es superior al PSA para identificar a pacientes con cáncer de próstata, hasta el 20% de los casos con PCA3 inferior a 35 mostrarán cáncer de próstata en el futuro. Desde el 2009 hemos realizado PCA3 en 175 varones con PSA mayor de 4 por lo que debían ser sometidos a biopsia de próstata. En 78 casos el PCA3 fue superior a 35 por lo que se indicaba biopsia mientras que en 97 casos el PCA3 era inferior a 35 por lo que se retrasó la biopsia. En los casos en los que se realizó biopsia el 64% presentó cáncer o una lesión premaligna. De los 97 casos con PCA3 inferior a 35 solo se encontró cáncer en 5 casos (5%). El PCA3 evitó la biopsia en el 37% de los casos que tenían PSA elevado.

¿Qué novedades hay en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata?

La aparición reciente del láser de Thulium de 200 vatios ha sido de gran trascendencia en el tratamiento de las enfermedades benignas de la próstata y de sus enfermedades asociadas como por ejemplo la litiasis de vejiga. La gran potencia que presenta este láser lo convierte en el tratamiento ideal para los pacientes con próstatas mayores de 150 cc ya que acorta mucho el tiempo de la cirugía. El láser Thulium de

200 vatios corta con gran eficacia y tiene un mayor poder de hemostasia que el láser de Holmium debido a su menor absorción por el líquido que se utiliza durante el procedimiento, al mismo tiempo tiene también una buena tasa de vaporización en el caso de que ésta sea necesaria. Este sistema es la innovación tecnológica más reciente en los sistemas láser para las cirugías prostáticas y lo utilizamos en nuestros centros desde Enero de 2013.

La utilización del láser Thulium con una fibra frontal nos permite realizar una técnica muy novedosa, la vaporesección de la próstata con lo que se obtienen fragmentos de tejido con los que se puede realizar biopsia, a diferencia del láser verde que solo realiza la vaporización del tejido sin poder realizar el estudio del mismo. Este láser nos ha permitido tratar pacientes con próstatas muy voluminosas (la mas grande que hemos tratado tenía 436 cc) con solamente 24 horas de ingreso. Con la cirugía abierta este paciente debería haber estado ingresado entre 5 y 7 días con una elevada probabilidad de requerir transfusión sanguínea. En nuestras páginas webs (www.urovirtual.net y www.institutoep.com) se pueden visualizar videos de la intervención. Muchos pacientes con agranda-

miento prostático presentan piedras en la vejiga. El láser Thulium permite tratar dichos cálculos en el mismo momento del tratamiento de la próstata evitando así la realización de una cirugía abierta. El mismo procedimiento se utiliza para realizar pequeños cortes en los tejidos como la estenosis de uretra o la extirpación de un pequeño tumor de riñón por vía laparoscópica, lo que permite reducir mucho el sangrado quirúrgico.

¿Qué novedades hay en el tratamiento del cáncer de próstata?

Estudios comparativos recientes han mostrado que los tratamientos quirúrgicos (cirugía abierta, laparoscópica o robótica) ofrecen los mismos resultados en lo que respecta al control del cáncer y a los efectos secundarios (impotencia e incontinencia). Dichos resultados dependen fundamentalmente de la experiencia que presente el cirujano. Esto significa que un cirujano con experiencia en cirugía abierta tiene los mismos resultados y complicaciones que un cirujano que tenga experiencia en cirugía laparoscópica y que un cirujano con experiencia en cirugía robótica. Sin embargo, cuando se analizan los costes, la cirugía robótica es mucho más cara que la cirugía

abierta o que la laparoscópica. Un estudio de metanálisis realizado recientemente por Grimm mostró que en los pacientes con cáncer de próstata localizado (bajo riesgo) los resultados del tratamiento con braquiterapia con Yodo 125 son superiores (mayor porcentaje de curación) que los tratados con cirugía (abierta, laparoscópica o robótica). Sin embargo, en lo que respecta a los efectos secundarios, la braquiterapia ofrece mucho menor incidencia de disfunción eréctil y ausencia de incontinencia de orina. El ingreso es de 12 horas y pueden incorporarse a sus actividades habituales a las 24-48 horas de haber sido tratados.

Dr. Gilberto Chéchile Toniolo
Instituto Médico Tecnológico.
Clínica Nostra Senyora del Remei.
Calle Escorial 171 4º Planta
Teléfono 932 853 399
NRS: H08000554

Instituto de Enfermedades Prostáticas.
Instituto Universitario Quirón-Dexeus.
Calle Sabino Arana 5-19.
Despacho-1.6
Teléfono 935 460 110
NRS: H08000272

www.urovirtual.net
www.institutoep.com