

Frans Debruyne Valedictory Lecture

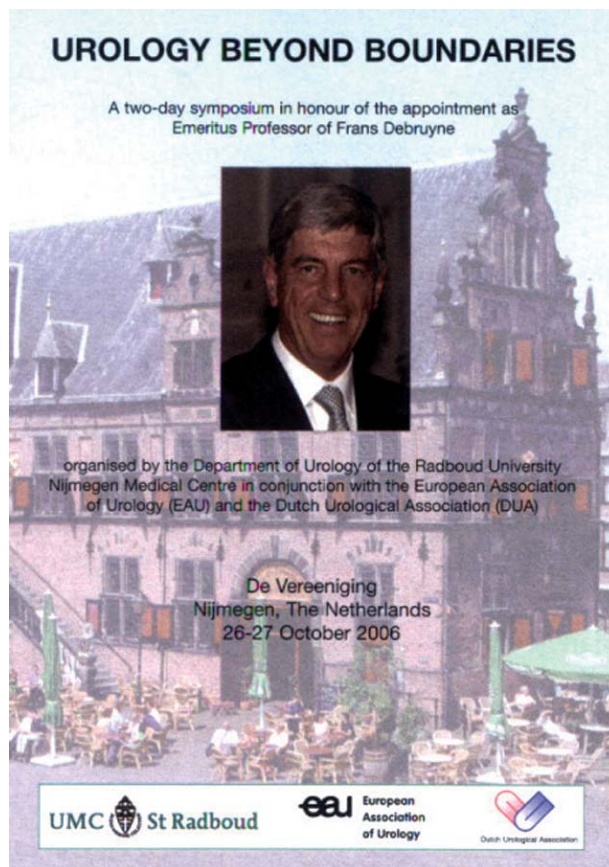
Una mirada al futuro de la Urología

Actas Urol Esp. 2007;31(5):431-436

Tradicionalmente la persona que hace su discurso de despedida académica revisa los últimos desarrollos de su especialidad y hace un análisis de su contribución a estos avances durante su vida académica. De hecho, este tipo de discursos constituye una LAUDATIO PRO HOMO. Sin embargo, mi discurso será diferente, algo que no va a sorprender a aquellos que me conocen. Más que describir lo que yo he hecho por la Urología durante los últimos 25 años prefiero echar una mirada sobre el futuro de nuestros logros y particularmente sobre mis opiniones y previsiones en relación con los temas y responsabilidades relacionadas con futuras estrategias y compromisos profesionales.

Predecir el futuro no es materia fácil. Sin embargo especular sobre el futuro de la Urología no es demasiado arriesgado, sobre todo porque mis predicciones están basadas en un profundo conocimiento de mi especialidad. Durante mi carrera urológica he tenido la suerte de viajar mucho, conociendo en profundidad la escena urológica global, al mismo tiempo que he explorado y analizado las futuras direcciones en las que puede moverse nuestra especialidad. Por lo tanto, pretendo presentar mis puntos de vista personales en estos temas, no para demostrar lo inteligente que soy, sino para confirmar la enorme devoción y responsabilidad que siempre he tenido con mi muy amada especialidad. La Urología es, en todos los aspectos, de enorme grandeza y demasiado importante para conseguir la satisfacción individual con pequeñas e insignificantes realizaciones. Los urólogos debemos sentirnos demasiado grandes para sólo sueños pequeños.

En 1981 predije que, para sobrevivir, la Urología tenía que superespecializarse, un objetivo que conseguí hacer realidad en el Departamento de



Urología de la universidad de NIMEGA. Evidentemente, no hice este proyecto yo solo. Los objetivos de superespecialización que propuse hace 25 años, que continúan siendo muy actuales, han adquirido ahora una dimensión mucho más amplia como consecuencia de los muy numerosos progresos y descubrimientos técnicos y básicos que se han producido en la urología durante los últimos años.

En 1988 como miembro recién elegido del Comité de Organización de la Asociación Europea

de Urología, insistí sobre la necesidad de crear una asociación paneuropea con sólidos fundamentos científicos y profesionales que fuese la responsable de posicionar la urología europea e incluso la urología mundial desde su capacidad y actividad. De nuevo, con la ayuda de muchos amigos urólogos que estaban convencidos de este proyecto estratégico, y más tarde como Secretario General de la Asociación Europea de Urología, tuve la oportunidad y ocasión de conseguir este empeño que ahora llamamos Asociación Europea de Urología (EAU) con más de 17.000 urólogos asociados, con enorme conexiones internacionales y entre países, que permiten sentirnos en casa en cualquier punto de la geografía europea.

Los fundamentos esenciales para el futuro de la urología están relacionados con su contenido. Veo ahora, como hace 25 años, cinco campos de interés particular aunque su desarrollo no sea necesariamente homogéneo, especialmente comparando Estados Unidos y Europa, y cambie progresivamente. Estos cinco campos de acción urológica son los siguientes: urología pediátrica, urooncológica, urología funcional, urología andrológica y urología mínimamente invasiva. De hecho, ésta es la base de la superespecialización en urología que ahora se produce prácticamente en toda Europa y a escala global. La era de la Urología General y de los urólogos capaces de diagnosticar y tratar todas las diferentes enfermedades urológicas, está definitivamente superada. Si no aceptamos la necesidad de la subespecialización en algunos de estos cinco campos urológicos quedaremos condenados a la pérdida de partes sustanciales de nuestra especialidad, tanto en el aspecto quirúrgico como en el aspecto médico. La pregunta que sigue es la siguiente; ¿durante cuánto tiempo conseguiremos que todas estas áreas especializadas se mantengan dentro de la urología?.

Urología pediátrica

La posición de la urología pediátrica en Holanda es sólida, en las manos de urólogos pediátricos. En este sentido nuestra situación es muy similar a la de los Estados Unidos donde la urología pediátrica ha tenido que conseguir una posición firme e independiente y es ahora reconocida como una subespecialidad urológica ofi-

cialmente certificada. Es esa una situación muy diferente a la que vivimos en otras partes de Europa donde la urología pediátrica está en manos de los cirujanos pediátricos. A pesar de nuestros esfuerzos, creando la Sociedad Europea de Urología Pediátrica, la situación no ha cambiado mucho en los últimos 25 años. Sin embargo, los cirujanos pediátricos ya están convencidos que necesitan una formación completa en urología si desean realizar una práctica urológica pediátrica óptima. La aportación de los urólogos pediátricos en este compromiso de prioridades ha sido importante por su conocido interés en el desarrollo de nuevas instrumentaciones endoscópica y su pionera dedicación a nuevos campos que faciliten la cirugía reconstructiva, y en concreto al uso de células troncales para crear tejidos mediante las estrategias apropiadas que permitan sustituciones vesicales, ureterales y de otro tipo.

Urología oncológica

He dedicado la mayor parte de mi actividad urológica a la urología oncológica. Nótese en que prefiero hablar de urología oncológica más que de oncología urológica, cómo hacen en Estados Unidos y la razón es la siguiente. Si ponemos el énfasis en la urología estamos realizando el papel esencial que juega el urólogo en el diagnóstico y tratamiento de los cánceres urológicos. Ciertamente es el urólogo el que diagnostica el cáncer de próstata, el cáncer de vejiga, el cáncer de testículo y el cáncer de riñón y es el urólogo el que toma la decisión en cuanto a la mejor estrategia terapéutica para cada caso concreto. Además, es precisamente el urólogo el que ha desarrollado los algoritmos para diferenciar entre tumores agresivos o no agresivos, adaptando de este modo la terapéutica a su riesgo. Finalmente, es el urólogo el que ha dedicado tiempo a la investigación clínica demostrando que es esencial para el desarrollo de la oncología urológica.

Podemos referir estos comentarios al cáncer de próstata, el tumor urológico más prevalente y la causa más común de muerte de cualquier varón después de los 50 años. Durante muchos años he defendido la detección precoz del cáncer de próstata en todos los varones mayores de 55 años y particularmente en aquellos con riesgos

concretos de desarrollar cáncer de próstata, como es el caso de la historia familiar positiva. Estos individuos tienen alto riesgo de sufrir un cáncer de próstata y tienen todos los derechos para que en ellos se aplique cualquier procedimiento que permitan el diagnóstico precoz. Insisto, la detección precoz no significa cribado por cáncer de próstata. Screening o cribado se refiere a la solicitud activa de los médicos de análisis para detectar el cáncer de próstata. La detección precoz es diferente. La detección precoz se refiere a hallazgos concretos en respuesta a la petición de pacientes que están preocupados por su salud prostática. Desgraciadamente ninguna de estas dos peticiones están permitidas en Holanda. Hablando estrictamente dentro de los límites legales tanto la petición individual (case find) o detección precoz, como el cribado están prohibidos en Holanda. Al menos esta fue la conclusión de una discusión que personalmente tuve con las autoridades sanitarias holandesas, lo que motiva un grave conflicto ya que las guías **de comportamiento de la Asociación Europea de Urología**, que considero fundamentalmente profesionales, responsables y basadas en evidencias y en la experiencia de los expertos, indican que la detección precoz del cáncer de próstata a gran escala es recomendable. Como urólogo oncológico y profesional responsable debo seguir las recomendaciones de las guías de comportamiento más que las recomendaciones legales de mi país.

La detección precoz está basada en el PSA; sin embargo, somos conscientes de que usando esta estrategia muchos cánceres precozmente detectados, quizás por encima del 30%, corren el riesgo de ser sobretratados. Pero ésta no es la responsabilidad del PSA sino del urólogo que se enfrenta al diagnóstico precoz del proceso. Hace 15 años no éramos capaces de diferenciar correctamente entre un cáncer indolente o agresivo. Hoy, utilizando los algoritmos oportunos, la bioquímica clínica, la biología molecular, así como parámetros patológicos, estamos en condiciones de diferenciar más eficientemente la agresividad. Este progreso permitirá a los urólogos aplicar el tratamiento cuando está indicado o a soslayar procedimientos agresivos, como cirugía o radioterapia, cuando sea innecesario.

Se afirma hoy día que la ONCOLOGIA, incluyendo la oncología urológica, es un compromiso multidisciplinario. Estoy de acuerdo en que ninguna de las enfermedades tumorales urológicas debe ser tratada hoy día sólo por el urólogo; sin embargo, es el urólogo el que debe ser el capitán y responsable del proceso. Debe tener consultas con los oncólogos médicos, radioterapeutas y otras especialidades para determinar el mejor tratamiento para cada paciente. No es aceptable por más tiempo que el cáncer de próstata localizado sea tratado con cirugía si el paciente ha sido sólo visto por el urólogo o por el radioterapeuta. El urólogo debe guiar al paciente explicando las diferentes posibilidades, sin sobreestimar su participación en el proceso o minimizando otras potenciales contribuciones. Y todo ello desde las evidencias que progresivamente suministra la literatura a través de ensayos clínicos de excelencia.

Investigación traslacional en Urología

Cuando comencé mi carrera académica estaba convencido que la investigación básica era fundamental para una especialidad clínica como la urología sobre la que tendría un impacto directo. A esto se le llama actualmente investigación trasnacional, un término que introdujimos hace más de 20 años. El programa que desarrollamos estaba fundamentalmente dirigido a cuestiones oncológicas. Uno de los éxitos más formidables de estos esfuerzos fue la detección de una anomalía genética específica del cáncer de próstata que actualmente conocemos como PCA3-DD3. Cuando las células prostáticas muestran una sobreexpresión de este gen, significa que el paciente tiene el 80% de probabilidades de tener un cáncer de próstata, una especificidad próxima al 80% que es mucho más alta que la del PSA, que está alrededor del 20%. Incluso el valor predictivo negativo está próximo al 90%. Esto significa que cuando la prueba es negativa podemos evitar la biopsia. Por el contrario cuando la prueba es positiva, independientemente del valor del PSA, la biopsia está indicada. Seguimos investigando otras pruebas moleculares, tanto para procesos oncológicos como no oncológicos y puedo predecir que la combinación de tales pruebas facilitará el diagnóstico precoz y el manejo onco-

lógico de muchas enfermedades urológicas. En este sentido parece haber luz en el horizonte y el diagnóstico precoz será rutinario. Sin embargo, el mayor reto de futuro está en la prevención.

Como señalado previamente el sobretratamiento de los cánceres urológicos, y más en particular del cáncer de próstata, es el auténtico peligro. Hemos realizado muchas, muchísimas prostatectomías radicales con el alto coste de muchos efectos negativos. En mi opinión, extirpar un cáncer de próstata indolente es un desastre, tanto para el cirujano como para el paciente. El entusiasmo por la cirugía, ahora exagerado con la cirugía laparoscópica anuncia más sobre tratamientos.

Urología mínimamente invasiva

Ese tipo de cirugía, que debíamos llamar menos invasiva porque al fin al cabo incluye procedimientos muy invasivos en muchas ocasiones, comenzó a finales de los años 70 y comienzo de los 80 con el desarrollo de los procedimientos endourológicos que actualmente son utilizados para extraer o destruir cálculos renales. Inmediatamente después llegó la cirugía laparoscópica, primero sin éxito, al comienzo de los noventa, y después con formidable entusiasmo que finalmente se ha concretado en lo que llamamos cirugía laparoscópica robotizada. Por sí mismo este progreso es fantástico y debe ser aplaudido y festejado. La forma de aplicarlo, sin embargo, es otro ejemplo de la manera incontrolada de aplicar novedades técnicas que deben ser realizadas sólo por aquellos urólogos con genuina experiencia en el procedimiento, en este caso en la cirugía laparoscópica. Cualquier joven urólogo, en cualquier parte del mundo, en estos momentos desea realizar cirugía laparoscópica incluyendo la prostatectomía radical. Hay potencialmente dos grandes peligros para ello: en primer lugar, no hay muchas indicaciones para los procedimientos laparoscópicos en muchos de estos países, incluyendo Holanda, para permitir que cada urólogo consiga y mantenga una experiencia suficiente para realizar estas intervenciones de manera satisfactoria, con muy baja morbilidad. Más aún, ningún urólogo con sentido crítico debe embarcarse en este tipo de intervenciones en casos de cáncer de próstata en los que la cirugía

no es necesaria y los pacientes pueden ser incluidos en otros protocolos más beneficiosos. Las comunidades urológicas nacionales e internacionales deben tener la autodisciplina suficiente para desarrollar guías de comportamiento para que la cirugía laparoscópica sea aplicada exclusivamente en centros de excelencia en cirugía urológica laparoscópica que además dispongan de todo el equipamiento incluido los elementos robotizados. La era en la que el urólogo era capaz de realizar cualquier tipo de cirugía ha pasado, aunque muchos urólogos piensan aún de ellos mismos que son capaces de enfrentarse a este reto. He podido ver muchos urólogos con experiencia quirúrgica insuficiente en buen número de procedimientos y es inaceptable que los pacientes mueran o sufran consecuencias motivadas por la incompetencia del cirujano. Por lo tanto, es absolutamente necesaria una nueva orientación en la subespecialización de los procedimientos quirúrgicos.

Formación urológica. Residencia en urología

En consecuencia, es necesario una reorientación y renovación en el itinerario de la formación urológica de nuestros residentes. Algunos gobiernos desean que se acorte el periodo de especialización y seguramente esto es correcto. En mi opinión, cinco años de formación urológica es suficiente, pero estos cinco años deben ser de formación urológica total y exclusiva. Los dos años adjudicados al tronco común de la cirugía general deben ser abandonados. Si fuera necesario, algunas de las técnicas de cirugía general más elementales pueden ser aprendidas hoy día en laboratorios adecuados. No hay ningún motivo para que un residente en urología pierda su tiempo en los servicios de urgencia o de cirugía general. Durante años he propuesto ese cambio y ahora que estoy a punto de abandonar la vida académica es para mí un placer comprobar que la Asociación Urológica Holandesa ha aceptado, al menos parcialmente, el concepto de superespecialización en la formación urológica.

Superespecialización en urología significa diferenciación, no sólo en el campo de trabajo si no en el campo de los procedimientos. La urología se caracteriza por el hecho de que el urólogo

hace sus propios diagnósticos y ejecuta por sí mismo el tratamiento médico quirúrgico apropiado. Este tipo de práctica debe ser mantenida porque representa los fundamentos de la urología como especialidad. Sin embargo, nuevas y sofisticadas técnicas diagnósticas son ahora posibles y disponibles y más paciente reclaman un diagnóstico precoz de su enfermedad. Por lo tanto, habrá en un futuro no distante cada día más necesidades de los así llamados "urólogos de oficina". En mi opinión, al menos el 50% de los urólogos debían de pertenecer a esta categoría, en algún momento, en el próximo futuro. El problema es que ningún urólogo decide ser urólogo para permanecer en una consulta urológica. Sin embargo, teniendo presente la amplitud del diagnóstico urológico y los futuros tratamientos no invasivos o menos invasivos que pueden aplicarse a nivel de la consulta urológica, este tipo de especialización parece totalmente razonable. De hecho, más y más tratamientos médicos de padecimiento previamente intratables pueden hoy aplicarse en la consulta.

A mitad de los 80 comprobamos que el desarrollo de los tratamientos médicos de las enfermedades urológicas más comunes, como son la hiperplasia prostática benigna y más tarde la disfunción eréctil, se convertían en una rutina terapéutica de uso común. Otros tratamientos, mejorados, serán disponibles muy próximamente. En mi opinión es un error considerar que la indicación para tratamiento médico de la HBP, o de la disfunción eréctil se mantengan en manos de los generalistas, como sucede en algunos países. No tienen la formación suficiente para discernir qué tratamientos deben ser aplicados de manera individualizada.

Urología andrológica

En una reciente reunión sobre el futuro de la urología de la Asociación Europea de Urología afirmé que no sólo se está produciendo una disminución de las intervenciones urológicas, motivado por los nuevos fármacos, si no una desviación de los tratamientos médicos a manos de los generalistas y otros especialistas, tales como ginecólogos y otros. La urología andrológica es un nuevo campo de la urología y en mi opinión un campo exclusivo de la urología que pertenece a la

consulta urológica y que como tal debe desarrollarse sustancialmente en el futuro inmediato. Para no perder este nuevo campo urológico, frente a otras especialidades, es necesario definir una estrategia y desarrollarla con convencimientos. La población del varón que envejece está creciendo rápidamente. La calidad de vida es ahora un tema muy importante en los sistemas públicos de salud y la del varón añoso depende fundamentalmente de sus funciones urológicas y andrológicas. Hoy día esto significa una nueva oportunidad de acercamiento a la población añosa. Recientes progresos han establecido la relación entre disfunción eréctil y disfunción cardiovascular, el síndrome metabólico y estilos de vida. Esta perspectiva, completamente nueva va a afectar al pensamiento urológico y al manejo de los enfermos. La creación de Centros de Salud del Varón debe permanecer en las manos del urólogo. Sin embargo, hasta el momento, la mayoría de los urólogos han mostrado un mínimo interés por los problemas urogenitales del varón añoso y esto, a mi juicio, está motivado fundamentalmente por dos hechos: primero, porque los urólogos no han sido formados para enfrentarse a este nuevo reto; más aún, muchos urólogos piensan que este nuevo campo de diagnóstico precoz es aburrido y muy lejano de sus objetivos urológicos. A esto le llamo yo pensamiento tradicional. Si los urólogos no se anticipan en este imparable desarrollo asistencial perderán el campo de la urología andrológica en su totalidad, del mismo modo que están arriesgando la pérdida de la urología femenina en manos de los ginecólogos y de algunas procedimientos mínimamente invasivos en manos de los radiólogos. Y esto no es bueno para el futuro de la urología. La historia muestra que es peligroso tener razón en asuntos en los que el pensamiento demuestra estar equivocado.

La Asociación Europea de Urología

No puedo terminar esta presentación sin algunas reflexiones sobre el futuro de la organización a la que he dedicado muchos años. Hay muchos e importantes urólogos europeos presentes aquí esta noche y estoy muy agradecido por ello. No tengo que enseñarles como esperamos que desarrollen, aún más, nuestra Asociación ya que han demostrado sobradamente que poseen conoci-

mientos para dirigir la Asociación como líder de la urología universal. Juntos hemos conseguido crear una poderosa, científica y profesional, Asociación Paneuropea de Urología. Esta asociación es conocida ahora en todas las esquinas del mundo como una de las asociaciones profesionales mejor organizadas y estoy convencido que continuará el papel prominente que le corresponde. Sin embargo, hay que ser cautos y estar preparados para el futuro ya que llegarán nuevos retos, similares a los que tuve que afrontar hace quince años cuando por primera vez establecimos esta organización. El gran reto es mantener la asociación dentro de sus fronteras y más allá.

Van a necesitarse grandes esfuerzos, de todos vosotros, para dar este servicio a nuestra Asociación aunque sé sobradamente que estáis preparados para ello. Como urólogos sabemos estar bien preparados y tenemos ese sentido común, que a veces falta en otras asociaciones, para conseguir el mejor futuro para la Asociación Europea de Urología en cuyo esfuerzo podéis contar conmigo al menos durante dos años más.

Traducción literal del Discurso de Despedida Académica del Prof. Frans Debruyne por el Prof. R. Vela Navarrete. Servicio de Urología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.