

COMENTARIO EDITORIAL de:

¿ES LA CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EL NUEVO STANDARD DE ORO PARA EL CÁNCER DE VEJIGA?

Dr. Eduardo Sánchez de Badajoz. España.

Ante todo mi enhorabuena a los autores por la calidad y rigor de su artículo así como por la habilidad y experiencia que demuestran. Sin embargo quisiera hacer algunas consideraciones.

La cistectomía es la oveja negra de la urología, porque entre otras cosas los pacientes suelen ser mayores, a menudo tienen patologías asociadas, especialmente cardíacas y pulmonares, además muchos son obesos y tienen tumores avanzados. De hecho un 25% ya tienen metástasis linfáticas en el momento de la intervención (1). Todo ello hace que la supervivencia del cáncer de vejiga prácticamente no haya mejorado en los últimos 50 años. Ante un panorama como éste, la verdad es que no lo tenemos nada fácil.

En el cáncer de próstata nosotros podemos seleccionar a los pacientes que se van a operar, sin embargo en el cáncer de vejiga, como no hay otra alternativa terapéutica, sencillamente no tenemos otra opción que no sea la cirugía. Las ventajas de la laparoscopia a primera vista parecen substanciales. El peritoneo no se manipula, la visión es excelente, sangra menos y las paredes abdominales no están sometidas a tracción durante horas. Como consecuencia el dolor postoperatorio es menor, no hay íleo y la recuperación es mucho más rápida.

Un riñón por muy grande que sea, una vez metido en la bolsa, antes de extraerlo, siempre se puede fragmentar con el dedo. Sin embargo, eso no es posible con una vejiga y además hay que hacer el tiempo intestinal. Todo ello hace que para la cistectomía laparoscópica se requiera una incisión que es casi la mitad que con la cirugía convencional. Y si a esto sumamos los cinco o seis trócares, comprobaremos que al final ahorraremos muy poca incisión. E incluso hay autores que utilizan siete trócares, con lo que paradójicamente la cistectomía laparoscópica supone una agresión de la pared abdominal mayor que con la cirugía convencional (2). No olvidemos que cuantos más trócares más posibilidad hay de lesión de una víscera, de hemorragia, de infección, de adherencias y de hernia entre otros.

Los autores se preguntan si estamos realmente ante el estándar de oro.

Hace 15 años parecía serlo, pero actualmente las cosas no están tan claras, porque los resultados no son tan buenos y la impresión para muchos es que prácticamente no disminuimos la agresión operatoria, ni el tiempo. Todo ello hace que todavía haya muchas reticencias y sea difícilmente defendible la idea de que se trata de un procedimiento mínimamente invasivo.

El advenimiento de la laparoscopia con acceso único puede suponer una mejora significativa de la técnica, ya que si introducimos una cánula multi-instrumentos por la incisión podremos alojar la óptica y el instrumental necesario, con lo que ahorramos en las incisiones de los trócares sin aumentar la complejidad del procedimiento. Con la reducción de la longitud de la incisión y la eliminación de los trócares convencionales podremos lograr un auténtico procedimiento mínimamente invasivo. Pero sólo el tiempo se encargará de demostrar si ello es posible.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS

1. SOLOWAY, M.S. "Editorial Comment on: Robotic-Assisted Laparoscopic Radical Cystectomy with Extracorporeal Urinary Diversion: Initial Experience". *Eur. Urol.*, 54: 570, 2008.
2. PRUTHI, R.S.; WALLEN, E. M. "Robotic-Assisted Laparoscopic Radical Cystoprostatectomy". *Eur. Urol.*, 53: 310, 2008.