

TOMO 59
Número 10
Diciembre
2006



JUAN MOROTE ROBLES

- Recibió su formación como urólogo en el programa MIR del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona entre 1979 y 1981.
- Completándola entre 1982 y 1983 en diversas estancias realizadas en el Peter Bend Brigham Hospital de Boston, Lahey Clinic de Burlington y el Institute of Urology de Londres.
- En 1984 se incorporó como médico del Servicio de Urología del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona y en 1986 obtuvo el doctorado con la tesis titulada "Aplicación del antígeno prostático específico en clínica humana" y el Fellow in the European Board of Urology en 1992.
- En 1993 coordinó el grupo interdisciplinario Vall d'Hebrón para el estudio, diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata y desde 1995 es investigador asociado del Institut de Recerca Biomedica Vall d'Hebrón y co-director del programa de investigación básica y traslacional en cáncer de próstata. En 2005 obtuvo la habilitación nacional como Profesor Titular en el área de Cirugía y actualmente es Presidente de la Comisión Nacional de Urología.

CÁNCER DE PRÓSTATA. NUEVAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS.

*Juan Morote Robles
Jefe de Servicio y Profesor Titular de Urología
Hospital General Vall d'Hebrón.
Universidad Autónoma de Barcelona.*

En los últimos años hemos asistido por primera vez en la historia, en algunas áreas geográficas, a una disminución de la mortalidad por cáncer de próstata. ¿Qué ha ocurrido para que se invierta la tendencia continuada al alza de la mortalidad por esta neoplasia en esas áreas, en donde además, el cáncer de próstata se ha convertido en el tumor sólido más frecuentemente diagnosticado?. Al revisar los eventos y aportaciones científicas más relevantes relacionadas con el cáncer de próstata, en los últimos sesenta años, debemos iniciar nuestro recorrido de manera obligada en la demostración de su hormono-dependencia y en la introducción de la supresión androgénica por Huggins y Hodges en la década de los cuarenta como primer tratamiento eficaz. Sin embargo, la popularización del tratamiento hormonal del cáncer de próstata no representó una reducción de su mortalidad. Años más tarde, ya en los ochenta, el perfeccionamiento y popularización de la prostatectomía radical por Patrick Walsh tampoco

EDITORIAL

representó una reducción de la mortalidad por cáncer de próstata y año tras año asistimos a un incremento continuo de su mortalidad. A finales de los ochenta se introdujo el antígeno prostático específico (PSA) como marcador del cáncer de próstata que pronto relevó a la fosfatasa ácida prostática, convirtiéndose en el mejor método para evaluar la respuesta al cualquier tratamiento y detectar su fracaso de manera precoz, representando de manera fidedigna la evolución biológica de la enfermedad. Sin embargo, la verdadera eclosión de PSA se inicia en la década de los noventa después de la demostración de su eficacia como método para diagnosticar el cáncer de próstata en fases precoces. Los estudios de Catalana contribuyeron a la espectacular difusión del PSA como método de diagnóstico precoz y pronto se le reconoció como el mejor y más utilizado marcador tumoral en la historia de la medicina. Pocos años después de la llamada fiebre por el PSA se evidencia un incremento relevante de la incidencia de cáncer de próstata y un posterior descenso hasta situarse en niveles superiores a los previos a su utilización masiva y un cambio en el perfil diagnóstico del cáncer de próstata, aumentando espectacularmente la proporción de carcinomas clínicamente localizados y reduciéndose de forma drástica la proporción de carcinomas diseminados.

Como consecuencia de este nuevo escenario, la prostatectomía radical se convierte en una de las intervenciones más frecuentemente realizada por los urólogos y alcanza niveles de eficacia nunca conseguidos, finalmente desde finales de los noventa estamos observando una reducción continua de la mortalidad por cáncer de próstata. En opinión de los puristas y entendidos epidemiólogos no se pueden actualmente reconocer evidencias científicas que avalen la eficacia del cribado del cáncer de próstata; sin embargo, en una mentalidad más práctica uno se permite hacer una reflexión simple: "Allí donde se han implementado programas de cribado del cáncer de próstata y aplicado tratamientos curativos se confirma de manera constante una reducción de la mortalidad específica".

Válgannos las reflexiones previas como introducción a plantear el reto que representa la mejoría en el diagnóstico y estadiaje del cáncer de próstata. Actualmente, se practican un número excesivo de biopsias prostáticas innecesarias, quedando además siempre la incertidumbre de si una biopsia negativa no es en realidad un falso negativo. Esta realidad además del frecuente infraestadiaje observado en los especímenes de prostatectomía radical y la incertidumbre de si el fracaso bioquímico representa una recidiva local o a distancia constituyen tres aspectos claramente mejorables de nuestra práctica diaria. La relevancia de estos aspectos nos ha llevado a la realización de este número monográfico en el que se revisan algunos aspectos que hemos considerado de interés por su cercanía a la práctica clínica. Nuestro agradecimiento a los autores por el trabajo realizado en la certidumbre que los lectores encontraran en este monográfico una valiosa fuente de información y de formación continuada.

Juan Morote Robles
jmorote@vhebron.net