

COMENTARIO EDITORIAL de:

PAPEL ACTUAL DE LA TERAPIA COMBINADA EN LA STUI MASCULINA.

Joaquín Carballido Rodríguez. Catedrático y Jefe del Servicio de Urología. Hospital Universitario. "Puerta de Hierro-Majadahonda". Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

La aportación del artículo de E. Chung y S.A. Kaplan, "Current Role for Combination Therapy in Male LUTS" es, en su conjunto, relevante y recomiendo su cuidadosa lectura. Su contenido posee claras implicaciones terapéuticas y es precisamente en ese punto en el que radica su interés ya que establecen, como puede observarse en sus conclusiones finales, que la terapia de combinación es superior a cualquier forma de monoterapia en la prevención de la progresión de la HBP.

Tal como se expresa en el artículo de revisión, el tratamiento de los LUTS secundarios a la presencia de HBP ha experimentado una curiosa evolución en los últimos años y actualmente a la terapia de combinación se la considera segura, eficaz y está recomendada por las Guías de práctica clínica en el tratamiento de los LUTS moderados-severos y próstatas aumentadas de tamaño.

En esta modalidad terapéutica, se aprovechan las diferentes peculiaridades del mecanismo de acción de cada grupo terapéutico por separado, antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos e inhibidores de la 5-alfa reductasa, y su efecto complementario, finalmente, beneficioso para los pacientes. Tanto para la modalidad de monoterapia como para la terapia de combinación, los autores presentan un meritorio esfuerzo de síntesis de las evidencias disponibles.

Las evidencias que se desprenden de los estudios MTOPS y CombAT, paradigmáticos en el tratamiento médico de la HBP y en gran medida por su seguimiento a largo plazo, permiten afirmar que la terapia de combinación es superior a la monoterapia y en concreto en lo que se refiere al efecto sobre la progresión de la enfermedad. Sus diseños son diferentes pero a mi juicio, en cierto modo, secuenciales y el efecto terapéutico en pacientes con HBP es tanto más evidente cuanto más concluyentes son la presencia de los elementos diagnósticos que la confirman.

Personalmente considero que lo más atractivo de los avances alcanzados en el tratamiento farmacológico de la HBP y sustentados en la información procedente de la investigación clínica estriba en la conceptualización del término "progresión de la enfermedad", definición que se extrapola de los objetivos terapéuticos en forma de eventos clínicos entre los cuales el empeoramiento sintomático es crucial. El reto planteado es doble, por un lado la posibilidad de desentrañar el peculiar fenotipo de los pacientes que en su curso evolutivo eventualmente podrían presentarla y por otro la apertura a otras opciones de tratamiento que podrían proporcionar un margen mayor de mejoría.

El documentado trabajo de los Drs. D.E. Chung y S.A. Kaplan objeto de este comentario no está diseñado para que conozcamos su posicionamiento al respecto pero indirectamente lo expresan cuando enfatizan la necesidad de identificar los pacientes que se beneficiarían o no del tratamiento de combinación y cuando se refieren a otras modalidades de terapia de combinación seguras y efectivas todavía no aceptadas en las Guías y que podrían ocupar el hueco terapéutico en esas situaciones clínicas.

Afortunadamente para todos los implicados en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con HBP, asistimos a un momento en el que en cierto modo a esta prevalente patología se le va "cerrando el círculo", no solo por la disponibilidad de variadas opciones de tratamiento médico y quirúrgico con diferentes grados de invasividad, sino también por la identificación cada vez más precisa de los factores asociados a la progresión y que obviamente contribuyen a conformar la "decisión clínica" más adecuada.

Sin embargo, todavía quedan interrogantes por resolver y sin duda una de ellas es la relevancia progresiva y el protagonismo de los síntomas miccionales del aparato urinario inferior por si mismos y en el contexto de la presencia de HBP. Así, ocurre que en algunos pacientes es claro el predominio y la relevancia de la HBP sobre los LUTS y en otros, inversamente, el de los LUTS sobre la HBP, en la situación intermedia se solapan ambas situaciones. Inicialmente parecería que un enfoque simplista podría resolver el problema pero en la realidad epidemiológica y clínica no es exactamente así y en muchas ocasiones su diagnóstico diferencial no es sencillo.

Por tanto, ¿deben ser tratados todos los pacientes con similar sintomatología miccional de la misma forma?, ¿hasta dónde llegar con la reclamada "individualización del tratamiento"?, ¿estamos haciendo prevención de la progresión?, ¿indicamos los tratamientos en el momento adecuado?. Estas interrogantes clínicas no admiten respuestas categóricas, al menos por el momento y en este escenario clínico, como intencionadamente expresan los autores de esa revisión debe considerarse el papel emergente de las terapias de combinación... y no solo la ya clásica de alfabloqueantes e inhibidores de la 5-alfareductasa.

Siempre atentos a la aparición de nuevas evidencias científicas.

Joaquín Carballido Rodríguez