



**Dr. Eloy Vivas** Urólogo

## “Existen tratamientos para la disfunción eréctil y la incontinencia de pacientes prostactectomizados”

El Dr. Eloy Vivas es el Jefe del servicio de Urología del Hospital Quirón de Campo de Gibraltar. Con él hemos hablado de la incontinencia y la disfunción eréctil, dos problemas que deben afrontar los pacientes a los que se ha sometido a una prostatectomía radical para eliminar un cáncer de próstata.

### **Hoy se diagnostican más cánceres de próstata que nunca. ¿por qué?**

Desde la introducción del PSA como marcador de la próstata, el número de diagnósticos de tumores en esa glándula ha aumentado mucho y ha hecho, también, que el perfil de pacientes varíe. Hoy tenemos casos de varones más jóvenes (a partir de 45 años) y con una calidad de vida muy buena, a quienes podemos tratar sus tumores en estadios más precoces de su enfermedad. Las diversas pruebas de diagnóstico (tacto rectal, PSA y Gleason, el test de diferenciación celular realizado mediante biopsia) permiten clasificar los pacientes en tres tipos de riesgo: bajo, medio y alto. Hoy en día, la cirugía es el tratamiento de elección en pacientes de bajo riesgo y riesgo intermedio con esperanza de vida mayor a 10 años.

### **¿Qué complicaciones post-quirúrgicas se dan con mayor frecuencia?**

Lo primero que hay que tener en cuenta y lo más importante es el control oncológico. No hay que olvidar que se trata de pacientes intervenidos por un tumor maligno y su recuperación es pri-

mordial. A partir de ahí, los problemas más destacados son la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil.

### **¿A qué se debe la incontinencia?**

A que en la intervención se provoca iatrogenia vascular y nerviosa sobre el área esfinteriana, además de tracción sobre el mismo para la extracción de la glándula. Se trata de un problema que afecta a nivel social al paciente más incluso que la disfunción eréctil, puesto que le obliga al uso de compresas y limita su actividad.

### **¿Cómo se trata?**

Hay varios métodos, como los programas de ejercicio de suelo pélvico antes y después de la operación, el uso de duloxetine (un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina que incrementa el tono del esfínter urinario), los slings o mallas suburetrales, los sistemas ajustables que controlan las fugas de orina al toser o los balones uretrales, de aplicación percutánea. Todos ellos tienen un nivel de éxito que ronda el 60% y que es superado por la implantación del llamado esfínter ar-

tificial (dos elementos conectados en uretra y escroto), que alcanza el 80%.

### **¿Y en cuanto a la disfunción eréctil?**

También se produce por una lesión del paquete vasculonervioso íntimamente ligado a la glándula prostática. Hay elementos que intervienen en la prevalencia de esta disfunción postoperatoria, como son la experiencia del cirujano, la edad del paciente y la función eréctil preoperatoria.

Para contrarrestarla también existen varios tratamientos de rehabilitación peneana que buscan lograr una función eréctil espontánea, como los fármacos orales (poco agresivos, pero caros), el gel intrauretral, los sistemas de vacío o las inyecciones intracavernosas con asprostadil, eficaces pero que pueden causar dolor y, como efecto secundario, pueden generar fibrosis. En este caso no hay evidencia científica de la mejora, pero sí se aprecia en los pacientes que la función eréctil puede recuperarse en un buen porcentaje, y que su efectividad es mayor cuanto antes se empiece con ella. El tiempo ahí es un factor importante. Por último, otro recurso que disponemos son las

prótesis de pene, un sistema hidráulico que da buen resultado aunque necesita una cierta pericia para su manejo.

### **Es decir, que hay opciones para tratar ambos problemas...**

Sin duda. Una vez operado de su proceso oncológico, el paciente necesita ver salidas a la incontinencia y a la disfunción eréctil, y existen métodos para tratar los dos problemas. De todos modos, no conviene perder de vista que lo más importante es la resolución quirúrgica del paciente, que se produce gracias a la prostatectomía radical. A partir de ahí es cuando, analizando cada caso, se prescribe uno o más tratamientos que permitan al paciente el mejor control de sus secuelas postprostatectomía. Los últimos estudios describen tasas de continencia a 12 meses de hasta el 100% en cirugía robótica y del 97% en cirugía abierta, y tasas de potencia a 12 meses de hasta el 81% en cirugía robótica y del 65% en cirugía abierta.

[www.quiron.es/es/campo\\_gibraltar/urologia](http://www.quiron.es/es/campo_gibraltar/urologia)

**Dr. García de Jalón** Especialista en Urología vía M.I.R.

## “La cirugía laparoscópica permite una disección más precisa en puntos complejos de la cirugía”

El Dr. García de Jalón es Especialista en Urología vía M.I.R. con más de 15 años de experiencia. Es Adjunto de Urología en el Hospital Universitario Miguel Servet y en el Hospital Quirón Zaragoza. Ha sido Tutor de Residentes del HUMS, es co-director de varios cursos de cirugía laparoscópica en el Centro de Investigaciones Biomédicas de Aragón CIBA) dirigidos a urólogos, cirujanos y ginecólogos. Ha dirigido varios programas Focuss de formación postgrado del Servicio Aragonés de Salud. Desde el año 2004 se ha especializado en el campo de la cirugía mínimamente invasiva, especialmente la cirugía laparoscópica.

### **La detección precoz del cáncer de próstata facilita que se puedan llevar a cabo diferentes tratamientos dependiendo del tipo de paciente y del grado de la enfermedad. ¿Cuáles son las diferentes clases de tratamiento que existen en la actualidad?**

Cada vez son más los diagnósticos de cáncer de próstata en fase precoz, gracias a la mayor sensibilización de la población y a la disponibilidad de un marcador prostático llamado PSA (Prostate Specific Antigen) cuantificable en sangre. Tradicionalmente, las opciones de tratamiento de intención curativa han sido la cirugía y la radioterapia, dejando el tratamiento hormonal como op-



ción de uso paliativo o complementario a la radioterapia. A estas alternativas se añade actualmente la “Vigilancia Activa”, que demora el tratamiento a cambio de retrasar sus potenciales efectos secundarios y se ofrece a varones con tumores pequeños, de baja agresividad, que son seguidos con biopsias periódicas, y cuando el tumor aumenta de tamaño o agresividad se plantea el tratamiento de intención curativa.

### **¿En qué consiste la prostatectomía radical? ¿Para qué pacientes es más aconsejable?**

Esta cirugía consiste en la extirpación de la próstata y las vesículas seminales. Según la agresividad del tumor, se extirpan tam-

bién los ganglios linfáticos próximos. Está indicada en pacientes jóvenes, con una expectativa de vida mayor de 10 años y a los que, si el tumor está localizado, puede curar definitivamente sin tener que asociar ningún otro tratamiento.

### **La cirugía laparoscópica y la robótica van ganando terreno día a día en este tipo de cirugía... ¿Qué ventajas aportan estas nuevas técnicas quirúrgicas?**

La cirugía laparoscópica (asistida o no por robot) permite realizar la cirugía mediante pequeñas incisiones por las que se introduce una cámara y los instrumentos de trabajo. Se transmite la imagen magnificada a un monitor, permitiendo una disección más precisa en puntos complejos de la cirugía, así como un mejor control del sangrado.



La cirugía laparoscópica genera un menor requerimiento de analgésicos, una recuperación más rápida, hospitalizaciones más breves, un reintegro a la vida laboral más precoz y finalmente un mejor resultado estético.

### **¿Estos procedimientos son seguros?**

Como cualquier tratamiento médico o quirúrgico, la prostatectomía no está exenta de riesgos durante el propio acto o de posibles efectos colaterales posteriores, pero ambas situaciones han disminuido de manera muy importante con el avance de la técnica y de la experiencia de los cirujanos.

[urologiaaragon@gmail.com](mailto:urologiaaragon@gmail.com)  
Teléfono: 97 600 55 45