

+ Información sobre la intervención de Adenomectomía mediante Láser de Holmium +

Usted padece **Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP)**, que es un agrandamiento benigno de la próstata que condiciona una obstrucción a la salida de la orina de la vejiga. Esto provoca un deterioro en la calidad de la función miccional de los varones: Se produce un chorro flojo, dificultad para iniciar la micción, incremento de la frecuencia urinaria, necesidad de orinar de noche y sensación de vaciado incompleto, lo que acaba redundando en una disminución de la calidad de vida. Además, puede provocar complicaciones que agravan la situación clínica: retención aguda de orina, hematuria, infecciones de repetición, formación de cálculos en la vejiga o de divertículos (Hernias Vesicales) y deterioro de la función renal.

Por este motivo su Urólogo le ha recomendado la intervención quirúrgica. La cirugía de HBP consiste en eliminar Adenoma o tejido adenomatoso que ha ido creciendo a lo largo de la vida.

Clásicamente cuando este tejido no es muy grande, menor a 60 gramos, se puede reseca a través de la uretra, realizando lo que se denomina una resección transuretral de próstata (RTUp). Cuando este tejido es mayor se ha venido teniendo que recurrir a la cirugía abierta: Adenomectomía a cielo abierto.

La Adenomectomía es la que consigue los mejores resultados funcionales, en términos de que es la que más desobstruye, pues se extirpa todo el tejido adenomatoso. El problema es que presenta una importante morbilidad: Herida quirúrgica, sangrado abundante y requiere con frecuencia transfusión, ingreso de 5-7 días, sondaje vesical durante 10-15 días...

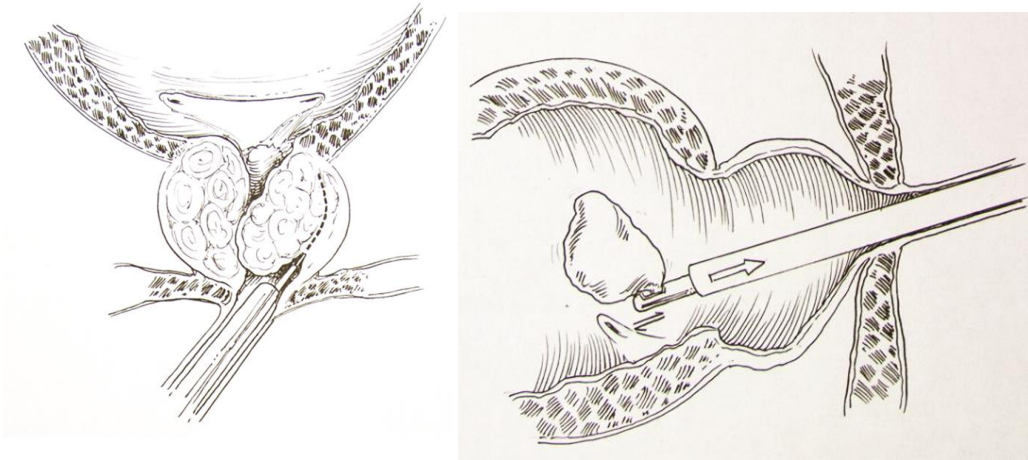
Los láseres aterrizaron en la urología para intentar reseca la mayor cantidad de tejido posible a través de la uretra, así podríamos evitar cirugía abierta con toda su morbilidad asociada. El Laser Verde fue el que más se extendió por que es una técnica más fácil de aprender y por tanto de incorporar por el urólogo a las técnicas anteriores y también el más barato. Sin embargo, la experiencia nos ha enseñado que como vaporiza tejido, pero no extirpa, solo abre un camino a través del adenoma prostático, quedando tejido adenomatoso periférico. En estos pacientes pasado un tiempo, vuelve a crecer ese tejido residual y pueden volver a requerir tratamiento. De manera adicional, este tipo de láser no permite un análisis histológico de tejido prostático al no extirparse tejido alguno, por lo que puede pasar desapercibido un incipiente Cáncer.

El Láser de Holmium permite acceder a todo tipo de tamaño prostático, enuclea todo el Adenoma.

La enucleación con Láser de Holmium no vaporiza tejido, sino que reproduce lo que hace la cirugía abierta, es decir, es capaz de eliminar la totalidad del tejido hiperplásico o Adenoma que obstruye la uretra mediante su extirpación completa, pero con la enorme ventaja de que se realiza a través de la uretra. *Es la única técnica que puede comparar sus resultados funcionales con la cirugía abierta, pero con los beneficios de la cirugía menormente invasiva:*

- No hay herida.
- Sangrado mínimo.
- Es excepcional la transfusión sanguínea.
- Menor tiempo de sondaje vesical, alrededor de 36-48 horas.

- Menor tiempo de estancia en hospital con una media de 36-48 horas.
- Más rápida incorporación a sus actividades habituales.



El Laser de Holmium frente al Láser Verde presenta las siguientes ventajas:

- Sirve para todos los tamaños prostáticos (El Láser Verde únicamente para próstatas inferiores a 60-80 cc)
- Retira todo el tejido adenomatoso (El Laser Verde solamente parte).
- Consigue los mejores resultados funcionales.
- Su beneficio es duradero habitualmente para el resto de la vida.
- Se dispone de tejido para análisis histopatológico
- Se pueden tratar a la vez en caso de ser preciso piedras vesicales, tumores vesicales, estenosis uretrales, patologías concomitantes estas que se conozcan previamente o puedan encontrarse incidentalmente en el momento de la intervención.

¿De qué forma los estudios científicos avalan la eficacia del Laser de Holmium en relación a otras técnicas?

El Laser de Holmium se lleva empleando durante más de 15 años, nosotros mismos, nuestro grupo de trabajo, llevamos ya 10 años con más de 1.400 intervenciones realizadas con ese procedimiento.

Las Guías de buena práctica clínica de la Asociación Europea de Urología las construyen expertos reconocidos en el tema y lo hacen revisando los artículos con base científica y la mejor medicina basada en la evidencia para cada tema. En ellas especifican que la enucleación con el Láser de Holmium sirve para todos los tamaños prostáticos, y consigue los mejores resultados funcionales con mínima morbilidad. Y especifican que a partir de 80 gramos de tamaño prostático solamente se debería realizar o cirugía abierta o enucleación con Láser de Holmium, no siendo recomendables los láseres de foto vaporización como el verde.

¿Qué requisitos debe reunir el paciente para poder beneficiarse de este láser?

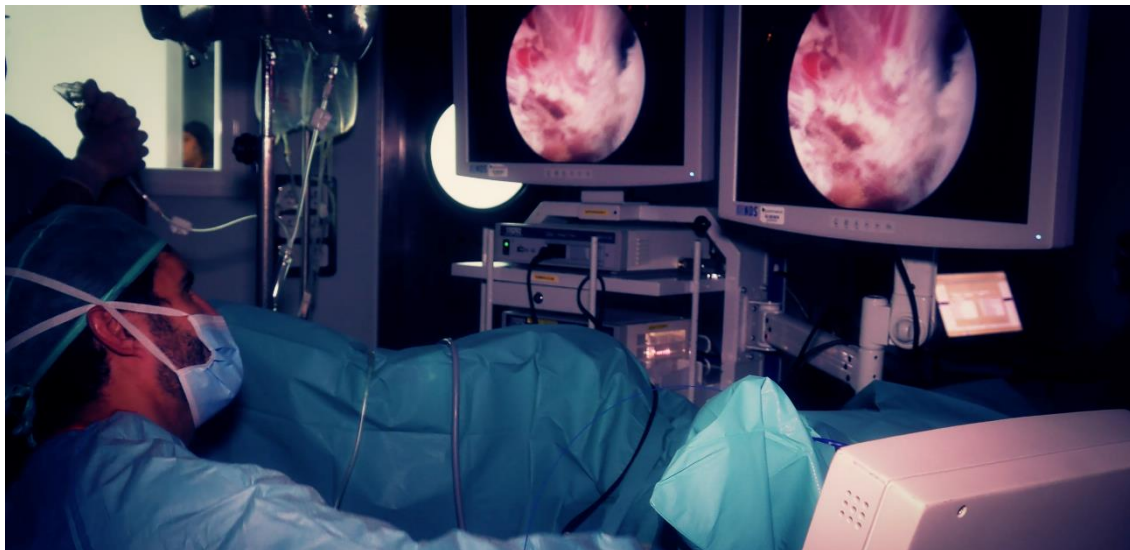
Ninguno; la enucleación con Láser de Holmium es muy versátil y como se ha dicho se pueden operar todos los tamaños prostáticos, Nosotros hemos realizado intervenciones en pacientes con próstatas entre 40 y 300 gramos.

Además, por las ventajas expuestas anteriormente, está especialmente indicado en pacientes de riesgo:

personas ańosas, cardiópatas, anti coagulados, y en general con patologías concomitantes que incrementen el riesgo de ser intervenido con otros procedimientos.

El problema que presenta esta técnica es la dificultad de aprendizaje. ¿Los urólogos están formados para utilizarlo?

Es cierto que el problema de esta técnica es la curva de aprendizaje. Se requiere mucha más experiencia que con otros láseres. Nuestra experiencia supera ya los 1400 pacientes operados como se ha comentado anteriormente y estamos acreditados por Lumenis, la empresa que comercializa el equipo de Láser de Holmium, como docentes de otros especialistas que quieran iniciarse en esta técnica.



Si Vd. va a ser intervenido de HBP mediante enucleación con Laser de Holmium debe saber los siguientes aspectos prácticos:

1. Se le realizará un preoperatorio completo: análisis de sangre, electrocardiograma y radiografía de tórax; así como una evaluación anestésica.
2. Se valorará en consulta que está apto para la realización de la misma.
3. Firmará un consentimiento informado.
4. El día de la intervención ingresará en el hospital unas horas antes. No podrá comer ni beber desde 8 horas antes de la intervención.
5. Durante su estancia en quirófano sus acompañantes esperarán en la habitación, donde serán informados cuando finalice la intervención.
6. Pasará la noche en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y sus acompañantes no podrán estar con usted durante esa estancia, aunque le visitarán en la UCI tras la intervención.
7. Estará ingresado una media de 36-48 horas y por lo general se irá de alta sin sonda vesical.
8. Se le pautará medicación y recomendaciones:
 - Un tratamiento antibiótico: Ciprofloxacino 500/12h 7 días.
 - Un antiinflamatorio: Ibuprofeno 600/8h durante 7 días.

- Un protector gástrico: Omeprazol 20/24h durante 7 días.
 - Un relajante de las fibras musculares lisas de los ejidos internos
 - Tamsulosina/24h indefinido hasta su indicación posterior de retirada ya en consulta de revisión. Es un relajante de las fibras musculares lisas de los tejidos internos para minimizar la hiperactividad vesical que se produce durante el proceso de cicatrización del lecho quirúrgico.
 - También se le indicará respecto a la medicación suya previa en caso de que tuviera tratamiento de otras especialidades y/o enfermedades de fondo.
 - Ingesta hídrica abundante. Dieta habitual. Evitar esfuerzos. Reposo relativo.
9. En su domicilio es frecuente y normal que pueda presentar los primeros días de forma transitoria y leve:
- - Dolor en periné y recto.
 - - Dolor en periné
 - - Sangre en la orina.
 - - Coágulos en la orina
 - - Algún fragmento de “carne”; son esfacelos del tejido tratado.
 - - Molestias al orinar.
 - - Escapes de orina.
10. Si presentara algunos de estos síntomas de forma llamativa o apareciera fiebre, quebranto de su estado general, imposibilidad para la micción o sintomatología que le alarmara, ha de acudir a Urgencias. Nuestro centro dispone de Urgencias y urólogo localizado 24 horas al día, 365 días al año.
11. Acudirá a consulta de revisión tras la primera semana desde su alta y en el plazo que se le indicará en el informe correspondiente que ha de recibir al cursar la misma. En la primera revisión se evaluará el progreso de su recuperación, se le ajustará tratamiento y se le informará del resultado de Anatomía Patológica, esto es del estudio histológico de los tejidos extirpados. Igualmente, se le indicarán los plazos de siguientes revisiones que procedan.

Los resultados definitivos de la intervención quirúrgica se observan con el paso del tiempo, cuando la cicatrización ha concluido, mínimo 4 semanas y cuando la vejiga se acostumbra a trabajar a presiones bajas: mínimo 10-12 semanas. Ello no es óbice para que Vd. pueda realizar su vida normal precozmente.

La cirugía de HBP no suele relacionarse con disfunción eréctil, manteniendo el paciente su misma condición previa.

La incontinencia urinaria inicial leve a moderada es normal y frecuente que ocurra durante los primeros días y a veces semanas. A medida que los tejidos del suelo de la pelvis se desinflan y recuperan su tono se van limitando las pérdidas.

En un alto porcentaje de pacientes, la mayoría, la eyaculación será retrógrada, esto es que al mantener relaciones sexuales se alcanza el orgasmo, pero no se emite semen. Este va retrógradamente a la vejiga y se expulsa al orinar.