

EL VIAJE DE LA UROLOGÍA: DEL BISTURÍ A LOS ENZIMAS DE RESTRICCIÓN

A. Gelabert Mas

Servicio de Urología.
Hospital del Mar. Barcelona

Hasta hace unas cuantas décadas la Urología de los países desarrollados bien podría decirse que “impartía doctrina” desde Europa, y siendo más concretos desde los países de centro y meridionales. Era una Urología cuyos conocimientos fisiopatológicos estaban más bien poco desarrollados; y el quehacer diario se basaba en gran medida en interpretar una florida semiología clínica, una muy cuidada exploración física, una radiología centrada casi exclusivamente en la UIV y Cistografía retrógrada, y unas exploraciones funcionales en ciernes. Con estas herramientas, el clínico, es decir, el Urólogo, trazaba un dispositivo diagnóstico de grandes síndromes y, al ser conocedor de poca fisiopatología, éste basaba su terapéutica, con el soporte incierto de una antibioticoterapia más bien escasa, fundamentalmente en la cirugía, la que, por este mismo motivo, y la existencia de una serie de grandes personajes, de los que la Urología Española ha dado ejemplares irrepetibles, alcanzó unos altísimos grados de perfección técnica universalmente reconocidos. Esta terapéutica quirúrgica se basaba en una visión-interpretación casi exclusivamente anatómica de las enfermedades; en un mecanismo físico excesivamente responsabilizador de los trastornos. Con ello, el Urólogo, bisturí en mano, intentaba solucionar y explicar la inmensa mayoría de los síndromes urológicos.

Creo que no exagero al afirmar que la inmensa mayoría de los Urólogos que en este momento en España tenemos responsabilidades de equipo, nos hemos formado y somos deudores de esta Urología, y en ella nos reconocemos y nos enorgullece.

Pero lógicamente la evolución científica nos ha llevado a conocer con más profundidad y precisión algunos de los mecanismos fisiopatológicos de bastantes enfermedades urológicas y con ello el peso del anatomismo terapéutico quirúrgico ha ido cediendo terreno a terapéuticas médicas. Ya no sólo es la historia clínica, la exploración física y la radiología, los utensilios básicos del trabajo asistencial diario del Urólogo, sino que son necesarios multitud de exámenes complementarios y sofisticadas exploraciones funcionales los que ayudan a subclasificar en entidades nosológicas distintas, los otrora síndromes únicos. Además empiezan a aparecer datos bioquímicos nuevos, más específicos, los que ayudan aún más a comprender y explicar las distintas entidades nosológicas. Pero con ello no hay que olvidarse de que la cirugía urológica, la excelente cirugía urológica, técnica abierta o endoscópica, sigue siendo piedra angular en la actividad diaria. Hoy más que nunca el Urólogo es y debe reivindicar su papel médico-quirúrgico y estamos obligados a transmitir este concepto a las nuevas generaciones de urólogos y orientarles en esta dirección que les capacite para el ejercicio de la Urología moderna. Durante esta época el centro neurálgico de la Urología mundial empezó un desplazamiento paulatino hacia el otro lado del Océano Atlántico.

Y hemos entrado, a mi entender, en una tercera época de la Urología: la aparición de la Biología Molecular en el quehacer asistencial diario. Como ejemplo basta recordar que hace pocos años el urólogo tenía suficiente con el Tacto Rectal i la Fosfatasa Acida para manejar el Cáncer de Próstata, que prácticamente casi siempre diagnosticaba en estadio localmente avanzado cuando no diseminado; luego apareció el PSA y ya empezó a efectuar bastantes más diagnósticos en estadio local (órgano-confinado), lo que ha permitido la gran proliferación de la Prostatectomía Radical.

A partir de ahí el Urólogo debe entrar a manejar datos nuevos, valorar cifras fruto de complejos cálculos estadísticos, elegir distintas opciones terapéuticas, muchas de ellas médicas, y evaluar la eficacia de las mismas. Pero no le basta con todo ello para su quehacer asistencial diario, ya que empiezan a entrar en juego otros conceptos cuyo valor está directamente relacionado con datos moleculares; por ejemplo: la valoración de los márgenes quirúrgicos tumorales, márgenes que el patólogo clásico ya no es capaz de contestar y debe recurrir a técnicas de biología molecular: FISH, PCR, RT-PCR, Enzimas de Restricción, Sobreexpresión génica, Genómica Comparada, etc., para comprenderlos; en suma, cada día más necesita apoyarse en la biología molecular para realizar la actividad asistencial y tomar decisiones clínicas.

En esta tercera época creo que hay consenso en admitir que el centro de gravedad de la Urología mundial es USA, aunque sin olvidar el peso europeo, la referencia es ya claramente americana.

Al nuevo Urólogo del 2000, el futuro inmediato, debemos transmitirle y enseñarle una cirugía altamente perfeccionada, nuestro gran patrimonio y herencia. Pero nuestra responsabilidad también está en que además debemos orientarle para que adquiera conocimientos sólidos que le permitan comprender, indicar y valorar las complejas pruebas funcionales; debemos facilitar e impulsar que se forme en el manejo de conceptos estadísticos complejos y sepa comprenderlos, y por si fuera poco, debemos dirigirle a que adquiera los conceptos básicos de la biología molecular y servirse de ellos para efectuar una asistencia a nivel de excelencia, aspectos todos ellos que por cronobiológica nuestra generación ya no puede asumir.

Con este nuevo bagaje, ¿es posible el regreso de la Urología a Ítaca?