



Dr. FERNANDO GÓMEZ-SANCHA

Redactor: **F.M. Sánchez-Martín**

**“Me dediqué a formar a otros urólogos,  
y esto ha sido mi mejor escuela**

El doctor Fernando Gómez Sancha, urólogo nacido en Madrid, de raíces cántabras, vive y trabaja en la capital de España, pero opera en medio mundo. Tiene un perfil profesional poco común que incluye iniciativa privada, innovación tecnológica y docencia internacional. Actualmente es considerado uno de los mayores expertos en cirugía láser de la próstata, cuyas técnicas domina y ha divulgado, teniendo como alumnos a centenares de urólogos en todo el planeta. Padre de dos hijas y un hijo, fruto de sus dos matrimonios, es aficionado al dibujo, la música y la informática. En su juventud, practicó el deporte de élite, obteniendo plusmarcas nacionales de natación. Haciendo gala de un gran sentido del humor afirma que “hago deporte, aunque no lo parezca por mi barriga actual”. Lleva muy bien su papel de líder de opinión quirúrgico cuando está a punto de alcanzar las 10.000 prostatectomías láser.

## ¿Qué te impulsó a estudiar medicina?

Escogí la carrera por eliminación, me quedé con dos posibilidades, estudiar derecho o medicina. Recordé lo que mi entrenador de natación me decía “entre dos caminos, escoge el difícil” y me decanté por la medicina.

## Fue en tu ciudad natal

En Madrid, en la Universidad Complutense, y en el Hospital Universitario Clínico San Carlos hice las prácticas clínicas. Recuerdo muchas cosas, la ilusión con la que iba a clase, la fascinación por aprender, las duras, pero apasionantes sesiones de estudio y descubrimiento, los compañeros. La carrera requirió un gran esfuerzo, pero fue muy emocionante. Las clases magistrales de anatomía del doctor Jiménez Collado, o las clases de medicina interna del doctor Rebollar.

## Háblanos del “submarino”

En el clínico había un quirófano con unos ventanales en el techo donde podías ir a ver a los cirujanos operar, le llamábamos el “submarino”. Muchos recuerdos... Me sentía muy privilegiado de estudiar medicina.

## Te decantaste por la cirugía

Siempre fui “manitas”, de niño me gustaba reparar las bicicletas, las motos, los electrodomésticos. Aunque fui alumno interno de medicina interna y me encantaba, cuando se acercó el momento de elegir la especialidad pensé que tenía que hacer algo con las manos... lo tuve claro.

## El flechazo por la Urología es evidente

Curiosamente tuve de profesor de Urología en el Hospital Clínico al doctor Resel, que era un gran profesor para los alumnos de medicina. Sus charlas me inspiraron a escoger Urología. En realidad, me gustaba más la cirugía general, pero veía las guardias tan duras y la mala vida de los cirujanos generales y me pareció una buena opción con mejor futuro.

## Llegó el momento de elegir dónde formarte

Hice la residencia en el Hospital Universitario de La Princesa, con los doctores Ignacio Pereira Sanz, Mariano Rabadán y Lorenzo Herrero. Estaban absolutamente entregados a la formación de los residentes y nos lo daban todo con un cariño excepcional, eran grandes maestros.

## Pero querías más

Dos tardes por semana iba a una clínica privada a ayudar a un Cirujano General, el doctor Manuel Hidalgo Pascual, jefe de Cirugía General del Hospital 12 de Octubre, durante toda la residencia, sin cobrar un duro. Allí me forjé como cirujano y en cirugía abierta, operábamos mucho, de 4 de la tarde hasta las 2 de la mañana. Hacíamos cientos de hernias y colecistectomías, pero también gastrectomías, hepatectomías, esofagectomías, colectomías... fue una segunda residencia paralela en cierto modo. Trabajé muy duro durante los años de la residencia.

## Te ibas convirtiendo en un profesional

En aquel tiempo en La Princesa se hacía una buena Urología general, pero no había nada especialmente moderno. Iba a los cursos que organizaban los doctores Resel, Jiménez Cruz, Rioja, y veía al doctor Paolo Puppo hacer laparoscopia, al doctor Valdivia hacer percutánea y otras técnicas modernas que no hacíamos en La Princesa, y tenía el gusanillo de ir a un Hospital académico de alto nivel a ver qué se cocía por allí.

**‘Mundy es un hombre extremadamente inteligente, un cirujano excepcional, y me dio buenos consejos’**



## ¿Viajaste al extranjero?

Pasé un año con A.R. Mundy en el instituto de Urología de Londres, donde me formé en Urología reconstructiva. Otra gran experiencia. En Londres me di cuenta que mi formación era muy sólida y que aprender a poner esfínteres artificiales, prótesis, a hacer uretroplastias era relativamente sencillo si tenías una buena base quirúrgica. Se me quitaron los complejos. Trabajar codo a codo con el Profesor Mundy y otros urólogos de ese centro, como los doctores Mark Emberton, David Ralph y Hugh Whitfield, me inspiró mucho. Mundy es un hombre extremadamente inteligente y un cirujano excepcional y me dio buenos consejos. Para mí fue también una gran ventaja hablar bien inglés en un país y en un momento donde pocos podían hablarlo con fluidez.

## Todo ello para entrar de lleno en la superespecialización

Durante la residencia no, pero sí después. Sería ideal que los servicios de Urología se estructuraran en unidades especializadas. Creo que un urólogo joven tiene más posibilidades de prosperar si se especializa en un área concreta que si es un generalista que hace de todo, pero todo lo hace regular.

## Has seguido la dinámica de relacionarte con los mejores

Ya en Madrid empecé muy pronto a colaborar con Richard Gastón, pensé que si ofrecía a mis pacientes que les operara un primer espada internacional aceptarían pagar por ello, y a la vez podríamos aprender del mejor. Ha estado viniendo a Madrid durante 14 años, dos o tres días de cada mes, a operar con nosotros y ha sido un gran maestro de laparoscopia al principio y de cirugía robótica cuando compramos el robot Da Vinci hace 6 años. Richard es ahora mi amigo, poder ayudarle en quirófano ha sido un gran privilegio. Sigue viniendo a Madrid y seguimos aprendiendo mucho con él.

## Tienes una forma particular de ejercer la profesión

Me marcó mucho ver que en los hospitales de la seguridad social los médicos no hablaban de medicina con ilusión... hablaban de los trienios, las vacaciones, lo mal pagados que estaban... era un poco deprimente, por eso no quise trabajar en el ámbito público. Vi mucha desmotivación y eso me mataba. Siempre he trabajado en el ámbito privado, es difícil orientarte y buscar un camino al principio, pero surgió una oportunidad.

## Cuéntanos

Cuando volví de Londres me dediqué a traducir ensayos clínicos para ganar algo de dinero, y empecé a ayudar a urólogos en su actividad privada, a ver cómo encontraba la forma de prosperar. Un día, pasando la visita del fin de semana, me llamaron porque un ginecólogo había lesionado un uréter. Bajé a quirófano, lo reparamos, hablé con la familia y todo fue bien y no pasó nada. Este ginecólogo tenía una consulta muy representativa en el centro de Madrid y un despacho libre y me lo ofreció, barato, para ayudarme a establecerme. Al decir en las sociedades de seguros médicos que tenía consulta en el centro, me dieron claves para trabajar con

ellos y así empecé por mi cuenta. Al principio se citaba un paciente, y yo contrataba una auxiliar para que abriera la puerta, porque me daba vergüenza abrirla yo, y a lo mejor ese día no venía... pero bueno, yo sabía que era cuestión de tiempo. Cuando tenía tres o cuatro pacientes, los citaba a la misma hora, para que pareciera que había jaleo en mi consulta y así poco a poco fui prosperando.

**‘Creo que trabajar en la medicina privada es una actividad muy satisfactoria, ves al paciente en la consulta, lo operas, lo sigues...’**



## Supongo que fue una época dura para ti

Durante un tiempo viví de la traducción, y me decía mi exmujer en aquel tiempo, que era el único hombre que conocía que pagaba para ir a trabajar, pude comprarme unas cajas de instrumental y le puse mi nombre grabado a las cajas y a mis instrumentos (te regalaban el grabado al comprarlos), y así empecé.

## Después te desarrollas según un modelo empresarial a tu medida

Al volver de Inglaterra a Madrid tuve que buscarme la vida, y el modelo ha sido desde entonces trabajar muy duro, ser honesto con los pacientes, tratarles como me gustaría que me trataran a mí. Me aventuré en la práctica privada porque no quería vivir con bajos recursos ni tener un jefe con poder sobre mi vida. Siempre he buscado el apoyo de las personas que me podían ayudar en todo lo que yo no sabía hacer o podían hacerlo mejor. Aposté por adoptar pronto la tecnología moderna. Trabajar para mutuas y aseguradoras no se paga bien, e introducir técnicas nuevas permite ofrecer de forma privada nuevas opciones a los pacientes, algo más rentables.

## Ahí eres tu propio jefe

Creo que trabajar en la medicina privada es una actividad muy satisfactoria, ves al paciente en la consulta, lo operas, lo sigues, eres consciente de tus resultados, tus errores, disfrutas tus éxitos. Es la medicina que todos querríamos hacer desde el punto de vista humano. La relación médico-paciente es mucho más personal

y continuada que en un hospital público. Ser tu propio jefe tiene ventajas, pero es duro y a veces difícil. Siempre tienes que dar la cara, arriesgas lo tuyo, no hay seguridad y no hay garantía de descanso... pero lo escogería siempre.

### Es la definición de un autodidacta

Siempre me guie por mi criterio y mis principios sin otorgar ningún valor a lo que pensarán los demás de mí, pero escuché los consejos de mis mayores y mis compañeros. Me dediqué a formar a otros urólogos, y esto ha sido mi mejor escuela, siempre he compartido mis conocimientos, incluso con mis competidores. Al final, esta actividad y la experiencia acumulada me han dado muchas oportunidades internacionalmente. No hay que tener complejos, ni tener miedo de competir sanamente.

### ¿No es mejor trabajar en la medicina pública?

Lo único que echo de menos de mis años de residente era quizá que en un hospital público aprendes más por ósmosis, un día comes con los cirujanos vasculares, compartes una guardia con un internista y le preguntas... vas a las sesiones clínicas de distintos tipos. En el ámbito privado tienes que ser mucho más responsable de tu educación continuada, de estudiar, de hacer cursos, de actualizarte. Intento hacer cursos y algún máster y aprovecho los congresos a los que voy para seguir engrasando mis conocimientos y no quedarme atrás.

### Una carrera jerarquizada atrae más a las nuevas generaciones.

Por desgracia creo que la mayoría de los jóvenes no se plantea el sector privado como una opción. Parece que a casi todos les atrae la opción de la estabilidad, de tener una plaza en un hospital público. Creo que la práctica privada, bien concebida y ejecutada, puede ser extremadamente satisfactoria desde el punto de vista profesional y personal

### Preséntanos a tu equipo humano

Tuve mucha suerte de empezar a trabajar muy pronto con el doctor Luis Llanes, que actualmente es jefe de Servicio del Hospital de Getafe de Madrid y mi compañero de siempre, un verdadero caballero y un supercirujano. Él se ha dedicado mucho a la litiasis y a la cirugía máximamente invasiva. Luego se fueron uniendo

otros grandes urólogos, como los doctores Julio Fernández del Álamo, que aprendió a hacer Ho-LEP conmigo y ahora es un gran experto, Javier Reinoso Elbers, Moisés Rodríguez Socarrás, Juan Gómez Rivas, Diego Carrión, Daniel Tueti, Jesús Salinas, Isabela Greco.

### ¡Cuánta gente! ¿Alguien más?

Una persona central en nuestro equipo es mi enfermera de siempre, Vanesa Cuadros. Un día me la pusieron como enfermera circulante en una clínica y me ayudó de maravilla, la pregunté... ¿de dónde sale usted? Y me dijo que había trabajado en París con el doctor Bocón Gibbod y le pregunté si estaba contenta con su trabajo actual, me dijo que no y la contraté inmediatamente. Ahora es el alma de nuestro centro. Tiene un cerebro positrónico, siempre he sospechado que por dentro es un robot y ha sido una compañía clave en nuestro recorrido.

### ¿Es importante para ti el clima laboral?

Lo que más valoro en mis compañeros es que sean buenas personas. Es lo más importante con diferencia. En el camino he trabajado con grandes especialistas, pero no tan buenas personas y lo tengo claro. No me interesa trabajar con ellos. Todos mis compañeros son especialistas con intereses en diversas áreas de la Urología y respeto muchísimo su independencia para tomar decisiones clínicas y les consulto a menudo. Intentamos crear un entorno donde ellos puedan desarrollarse profesionalmente y siempre que puedo les ayudo a que prosperen.

**‘Mis compañeros son especialistas con intereses en diversas áreas de la Urología y respeto muchísimo su independencia’**



### Disponer de un equipo multidisciplinar es obligado hoy día

Remito a mis compañeros todas las incontinencias, los cálculos urinarios, la andrología... en eso soy bastante ignorante. En algunos centros siguen siendo necesarios los urólogos generalistas, no tengo nada en contra, pero como paciente, prefiero mil veces a un urólogo muy especializado.



### **Vamos a “meternos en harina” ¿Cómo descubriste la tecnología láser?**

Empecé con el láser verde en 2003. Me atrajo la capacidad hemostática, el postoperatorio corto y los excelentes resultados que veíamos tras la cirugía. Había pasado por la experiencia de un paciente que falleció tras una RTU de próstata. Hizo un síndrome de absorción tras dar unos pocos cortes en la próstata, tenía una cardiopatía isquémica silente y falleció al cabo de unos días en UCI. Me pareció increíble esta nueva herramienta. Llegué a operar a un paciente de altísimo riesgo, con una tetralogía de Fallot, con anestesia local. Al tumbarle en la cama del quirófano se puso azul y el anestesista dijo que no se podía operar. El paciente, sondado, me dijo que era consciente del riesgo pero que no quería vivir con sonda. Le operé sentado, con un bloqueo pudiendo. Al día siguiente pudo ir a casa sin sonda.

### **Al láser verde le sacaste el máximo rendimiento**

Con el tiempo comprendí los límites de la vaporización en próstatas de gran tamaño y

me empeñé en intentar enuclear con el láser verde, y lo hicimos con éxito. Comprendí que la vía para hacer enucleación con láser verde era hacer disección mecánica roma con el cistoscopio y una técnica en bloque con liberación apical precoz, aprendí muchísima anatomía de la próstata con esta técnica. Observamos que la tasa de incontinencia postoperatoria con la técnica GreenLEP era mucho menor que la publicada para HoLEP.

### **Y de nuevo, seguiste avanzando**

Pensé que para ser un verdadero experto en cirugía con láser debía aprender a hacer HoLEP. Empecé con la técnica clásica en tres lóbulos pero pronto intenté hacer la técnica en bloque con láser de Holmio. Me llevó un tiempo comprender cómo hacer la liberación apical precoz con la fibra de disparo frontal del Holmio, pero todo fue cuadrando y publicamos la técnica con excelentes resultados y una incidencia muy baja de incontinencia postoperatoria.

### **¿Hay una indicación para cada una de estas técnicas láser?**

Creo que los diferentes tipos de láser son en realidad bisturís sofisticados, con diferentes matices en cuanto a su capacidad de coagulación y corte. Si el cirujano es bueno en lo que hace, todos están vigentes, quizá menos los diodos de 980 nanómetros, que coagulan muy en profundidad. El láser verde destaca por su capacidad hemostática y es una buena opción para tratar pacientes de muy alto riesgo, o en los que es arriesgado retirar la anticoagulación. Los láseres de Tulio cortan muy bien y proporcionan una hemostasia excelente. El Holmio y especialmente la última generación de láseres con modulación de pulso, MOSES i Virtual Basket, son la herramienta definitiva, porque cortan bien, coagulan bien y ayudan a encontrar el plano anatómico de enucleación.

### **PSI antes de la cirugía láser ¿qué nos dices?**

Creo que si el PSA es elevado hay que descartar primero que haya un tumor, utilizando RM-Nmp y otras herramientas como Select MDx, 4K score, y llegar a la biopsia si es preciso, pero no es una contraindicación. También es perfectamente posible hacer HoLEP desobstructivo en pacientes con cáncer de próstata avanzado.

## Centrándonos en el HoLEP ¿Qué te animó a trabajar con esta energía?

El momento en el que cambié definitivamente fue cuando tuve que operar a mi hermano mayor, que tenía una próstata de unos 100 cc, y ahí me pregunté a mi mismo, honestamente, cómo preferiría operarle y escogí el Holmio.

## Defínenos 5 puntos clave de la técnica quirúrgica

El más importante es comprender que es un **trabajo de equipo**. El cirujano es solo una parte de un engranaje entre enfermería, anestesia y personal circulante. Todos tienen una gran responsabilidad sobre el resultado de la cirugía, deben ser conscientes de ello, conocer al dedillo su papel y estar presentes en la intervención (y no hablando sobre las próximas vacaciones). Por ejemplo, si no hay sueros de irrigación durante la morcelación todo puede irse al traste. El cirujano tiene que estar pendiente de lo que hace, y confiar en que el resto del equipo hace lo que le toca. Creo que otro punto clave es la **delicadeza** al manejar los instrumentos, al moverlos, y sobre todo al usar la energía para conseguir en el tejido el efecto deseado, dependiendo de la distancia de trabajo, la velocidad del movimiento de la fibra, es posible obtener un amplio rango de efectos sobre el tejido con unos ajustes concretos, y dominar estos efectos es dominar la técnica. El tercer punto clave es la **tranquilidad**, siempre se ha percibido la técnica como una cirugía estresante, difícil, donde en cada momento hay riesgo de una complicación catastrófica... no debe ser así, yo casi entro en trance, me relajo, disfruto, no tengo prisa en terminar, y pongo todos mis sentidos en lo que veo en el monitor. Cuanto más difícil es el caso intento estar más tranquilo. El cuarto punto sería la **calidad de los instrumentos**.

## Eso siempre ¿no?

Cuando uno sabe enucleare es posible hacerlo con láseres de baja potencia, con una cámara vieja, con una óptica parcialmente velada, con un morcelador lento, pero esta es una cirugía de máximos. Hay que operar con el mejor instrumental posible, con una cámara de buena calidad, con ópticas que permitan discriminar los detalles más pequeños del tejido, para reconocer el plano, o un adenómero residual, con un láser que proporcione buena hemostasia de primer paso. Los Holmios de nueva generación, los nue-

vos tulios pulsados y el supertulio han mejorado mucho con respecto a sus versiones anteriores.

## Nos falta el quinto punto de tu lista

Por último, es muy importante **explicarle al paciente** lo que cabe esperar tras la cirugía, lo que es normal y lo que no lo es. Es una cirugía funcional y a veces los resultados definitivos no se aprecian realmente hasta que no transcurren 3-4 meses. Contarle al paciente la verdad sobre lo que va a experimentar es fundamental para que todo salga bien, y que la valoración del paciente sea positiva.

## ¿Hay un momento crítico de la cirugía HoLEP?

Quizá lo más importante de esta operación es la preservación de la mucosa esfinteriana, que es crucial para garantizar una buena continencia postoperatoria, por eso creo que hay que ser muy cuidadoso con este paso. Un paciente que sufre incontinencia postoperatoria, aunque sea temporal y se acabe recuperando, lo pasa muy mal. También es importante ceñirse a los principios de la morcelación segura para no experimentar complicaciones potencialmente graves.

**‘Me llevó mucho tiempo comprender que para liberar el ápex prostático hay que ir ganando movilidad del adenoma’**



## Siempre insistes en liberar primero el ápex prostático ¿Qué ventajas tiene?

Tiene muchas, la primera es que permite preservar la mucosa del esfínter, que creo que es fundamental para que al contraerse de forma tónica tenga el efecto de sellado hermético que permite contener la orina. Un esfínter sin mucosa no va a cumplir bien su función. En segundo lugar, tras la liberación esfinteriana, el esfínter se contrae alrededor del endoscopio, y aunque éste se mueva alrededor del adenoma, no va a haber distensión de sus fibras. El espacio de trabajo tras la liberación esfinteriana es muy pequeño y la irrigación es muy eficaz, lo que proporciona una excelente visión aunque haya algún vaso sangrante. La disección circunferencial del adenoma es muy fácil, la orientación es más sencilla que

con la técnica clásica. Al ver bien se puede diseccionar el plano de forma continua, sin pausas, casi desde principio a fin. Esto hace que la cirugía se complete en tiempos muy cortos.

### **Tema arduo es distinguir el plano de clivaje entre adenoma y cápsula**

Muy a menudo el plano se visualiza perfectamente por su superficie nacarada, brillante, pero creo que trazar líneas de disección amplias, circunferenciales, ayuda mucho a permanecer en el plano, porque no siempre se distingue perfectamente. Tener referencias a ambos lados de donde uno está cuando el plano no se distingue bien es una ventaja para orientarse. La cápsula quirúrgica es de color blanquecino y el adenoma es más amarillento. Así se distinguen a veces los nódulos adenomatosos que crecen hacia la zona periférica.

### **Llegó el momento de los trucos. Situémonos en el ápex**

Me llevó mucho tiempo comprender que para liberar el ápex hay que ir ganando movilidad del adenoma progresivamente, secuencialmente, de posterior a anterior, y que, al principio, con la fibra de disparo frontal, hay que desinsertar el ápex del esfínter mediante un corte que aparentemente se hace sobre el adenoma, para luego buscar el plano correcto.

### **¿Y en el cuello vesical?**

Normalmente entramos a vejiga anteriormente a la comisura anterior, y el cuello se va cortando de forma descendente. Hay que mirar para ver los meatos y tener mucho cuidado con ellos, a veces están muy cerca del lóbulo medio. Al diseccionar la parte posterior cerca del cuello hay que dirigir el láser hacia la vertiente del adenoma de la línea de disección, para evitar perforar y entrar en el espacio retrotrigonal.

### **Danos unos consejos sobre ajustes de energía**

Normalmente trabajo a 2 J 50 Hz para enuclea y bajo a 1 J 40 Hz para coagular, pero creo que los ajustes son menos importantes que para la litiasis. La distancia de trabajo, la velocidad de movimiento de la fibra, determinan mucho el efecto que se consigue..., dos cirujanos con el mismo ajuste pueden observar efectos muy distintos dependiendo de cómo usen la fibra.

### **¿El HoLEP garantiza una enucleación completa del adenoma?**

No, el cirujano tiene que esmerarse en hacer un trabajo completo, pero no hay garantías. A mí me gusta mucho profundizar para extraer los adenómeros que crecen hacia la zona periférica, pero hay colegas que los cortan y dejan parte del adenómero in situ... Estos nódulos afinan mucho la zona periférica y a veces la cápsula quirúrgica se reduce a una fina membrana... hay que echarle valor al tema, pero no recuerdo haber tenido problemas graves por ser agresivo e intentar sacarlos.

### **Los tiempos son un factor relevante en endourología de la HBP**

Normalmente en nuestras manos una cirugía HoLEP dura menos de una hora, excepto en casos excepcionales. Incluso la enucleación de un adenoma de 300 gramos puede llevarnos treinta o cuarenta minutos... luego hay que morcelarlo, pero sacamos en promedio 10-11 gramos por minuto. Es verdad que al aprender se tarda mucho más, pero hay que ir optimizando los movimientos y el uso de la energía para que cada movimiento cuente, diseque y se avance rápido. Es muy raro teniendo experiencia que la duración del procedimiento sea una preocupación.

### **No hay límite máximo en cuanto a volumen**

En la práctica diaria no. Enucleamos próstatas de 30-400 gramos. Es verdad que siempre hay casos extremos, como adenomas de 1 kilo, pero es tan raro y excepcional...

### **¿Qué puedes decirnos sobre los problemas de reabsorción?**

No recuerdo ningún problema de reabsorción clínicamente significativo, pero como digo, son cirugías relativamente cortas. Imagino que durante la curva de aprendizaje hay un riesgo si la cirugía se prolonga excesivamente, si se abren senos venosos, etc...

### **¿Cuál es el caso más complejo que has operado con HoLEP?**

En Bulgaria veo casos muy pasados de rosca. La atención primaria en Bulgaria no funciona bien y los pacientes van al médico cuando no tienen más remedio... un paciente tenía 124 cálculos en la vejiga, otro un absceso frío retrovesical enorme, próstatas con restos mullerianos congénitos, prostatitis litiásicas... muchos casos complejos. Operamos también muchos cánceres

avanzados en pacientes sin recursos en los que hacemos HoLEP y castración quirúrgica, estos son difíciles porque no tienen plano. Y luego las próstatas grandes, la más grande que recuerdo tenía cerca de 400 gramos y extrajimos 360 g.

### **Parece superada la resección de próstata con asa eléctrica**

Creo que definitivamente sí, menos complicaciones y menos reintervenciones, menos tiempo de sondaje, menos hospitalización y retratamientos, menos riesgo de sangrado y transfusiones. Para mí, la RTU clásica es el pleistoceno, llevo casi 20 años sin hacer una RTU. No hago RTU nunca, excepto para morcelar algunos cánceres de próstata. El tejido es tan duro que el morcelador no puede masticarlo, lo dejo colgando de un pedículo en el cuello vesical a las 6 y lo morcelo con el resector.

**Para mí, la RTU clásica es el pleistoceno, llevo casi 20 años sin hacer una RTU**



### **Y la cirugía abierta va camino de la extinción...**

Para mí sí, hoy en día creo que no está justificada. Es un recurso para un caso excepcional, como pasa con la cirugía abierta de los cálculos, pero hacer adenomectomías para próstatas mayores de 80 cc es, a mi modo de ver, una barbaridad. Cuando llegué a la residencia, todavía operábamos cálculos ureterales, por una incisión de Gibson o una lumbotomía, pero hoy es absolutamente impensable porque hay una alternativa endoscópica de mucho menor riesgo.

### **En los cursos que impartes recomiendas tratar los esferoides residuales**

Sí. Me encantan los retratamientos, son más interesantes y difíciles. En general, aunque se vea un esferoide y el resto de la fosa sea uniforme y parezca completamente resecada, hay que ir a buscar el plano circunferencialmente, porque a menudo vemos que queda mucho más tejido residual del que parece por el aspecto endoscópico.

### **Volvamos a los trucos, esa fase de morcelación que ya has señalado**

Hay que ceñirse a las reglas de seguridad. Mantener buena hemostasia y visibilidad, la

boca de la cuchilla debe estar a las 12 y no se debe rotar hacia los lados. La parte superior de la imagen ocupada por el adenoma y a los lados de la cuchilla dos triángulos “negros”, si se vuelven rosas es que se acerca la pared vesical. Hay que tener decidido de antemano que si la situación se vuelve inmanejable o insegura, es preferible poner una sonda y volver otro día que tener que lamentar una complicación grave.

### **¿Qué dice el patólogo cuando recibe ese material?**

Nuestro patólogo está contento, lo incluye en parafina en las cápsulas de plástico y puede ver mucho más tejido por cada corte que con los fragmentos de RTU, que son más rígidos tras su inmersión en formol y ocupan más espacio en la cápsula, permitiendo incluir menos tejido.

### **Una gran ventaja del HoLEP es marchar de alta sin sonda**

Operamos por la tarde y retiramos la sonda a la mañana siguiente. El protocolo es lavar la sonda, desinflar el balón y lavar la fosa prostática, llenar vejiga y retirar la sonda, y administramos 20 mg de furosemida, así los pacientes orinan 3-4 veces en las siguientes 2 horas y se van de alta sin sonda.

### **¿Siempre?**

El 5% tiene una retención postoperatoria y o bien les sondamos 24 horas más o si se dejan, les enseñamos a hacer autosondaje, se van a casa y luego nos dicen que se sondaron 2-3 veces y ya no necesitaron más. En los pacientes con retenciones de 3 litros, con grandes vejigas, a veces dejo una sonda suprapúbica unos días, para comprobar que vacían razonablemente. Veo a los pacientes al cabo de un mes de la cirugía, luego a los tres meses y al año, y luego anualmente. Les explico que se hagan un PSA hasta los 75 años y si orinan bien no necesitan venir a verme.

### **¿Qué le ofreces si aparece un carcinoma prostático incidental?**

Depende, la mayoría son pT1a de bajo riesgo y los vigilamos. Si el PSA no baja a menos de 1,5 nanogramos por mililitro o sube tras la cirugía, hacemos RMN y biopsia de fusión o de saturación para muestrear el resto de la glándula. Hemos realizado prostatectomía robótica



ca en muchos pacientes operados de HoLEP y aunque son cirugías algo más difíciles, tenemos muy buenos resultados funcionales. Estamos acumulando una serie interesante, a ver si lo publicamos.

### **¿El HoLEP es asequible a cualquier urólogo o uróloga?**

Perfectamente asequible si se propone aprender seriamente y pone los medios necesarios para hacerlo. Nadie aprende sin esfuerzo. HoLEP es inasequible si uno intenta aprender solo, habiendo visto uno o dos casos. Muchos urólogos que vienen a ver 25-30 casos a Bulgaria son capaces de volar solos, sin necesidad de un mentor, me contactan tras la sesión y me dicen que han podido hacer casos solos. Es una técnica relativamente difícil de comprender, pero fácil de ejecutar una vez que se entiende. Es fundamental entenderla bien primero, haber visto casos con próstatas de tamaños diversos, con planos diversos, saber cómo actuar ante un problema y cómo prevenirlos. El nivel experto creo que es algo más difícil de alcanzar, yo estoy rozando mi prostatectomía con láser número 10.000 y sigo aprendiendo cada día.

### **¿Qué aconsejas a quienes deseen aprender la técnica?**

Que vayan a un hospital de alto volumen o mejor a 2 o 3 a ver muchos casos. Que vean muchos vídeos, cada vez hay más. Me parece mucho más difícil aprender a hacer una buena RTU que a hacer HoLEP. La clínica donde opero en Bulgaria es un chalet, con 11 camas y un quirófano, y operamos 10 pacientes cada día, que se van a casa al día siguiente, y entran otros 10... se puede hacer HoLEP en cualquier hospital donde se pueda hacer una RTU. Yo he publicado en youtube más de 30 casos completos didácticos. Me escriben urólogos de todo el mundo diciéndome cómo los vídeos les ayudaron enormemente a dominar la técnica. Es mejor hacer los primeros casos con ayuda de un mentor.

### **La docencia es un pilar en tu carrera**

Me he dedicado siempre a la actividad docente, desde el 2003 que comencé a usar el láser verde me empezaron a invitar a formar a otros colegas. Rápidamente comprendí que cuando enseñas el que más aprendes de esa interacción eres tú mismo. Llevo casi 20 años muy implicado en formar a otros.

### ¿Con cirugía en directo?

Es apasionante para los que la ven, una experiencia educativa de primer nivel. Para los cirujanos es también una gran experiencia y una oportunidad de enseñar, sin trampa ni cartón, lo que hacen y lo que saben. Lo malo es que el paciente, que está en la mesa operatoria, a veces puede salir perjudicado porque el cirujano está en un ambiente extraño, sometido al estrés de mostrar lo que hace a otros colegas, rodeado de un equipo que no es el habitual. Creo que si se hace desde el quirófano de casa y se transmite a un congreso es perfectamente válido y más seguro para el paciente. Ahora es perfectamente posible. Nosotros invertimos en tecnología para poder transmitir cirugías por zoom, y funciona perfectamente. No hay que desplazarse y se mantiene la espontaneidad y la belleza de la cirugía en directo.

### ¿Mejor que la cirugía pregrabada?

Me gusta mucho la cirugía en directo. Es inevitable que al seleccionar un video para mostrar como cirugía pregrabada uno escoja el mejor video posible, lo cual corrompe la experiencia didáctica y no muestra la realidad, sino más bien una versión dulcificada de la misma, generalmente para el autobombo del cirujano que presenta... no se muestran los casos difíciles, los errores, habitualmente. Esto precisamente me animó a colgar mis videos en youtube, mostrar la realidad, que supone que, a pesar de llevar muchos miles de casos a la espalda, uno tiene que usar un resector para coagular de vez en cuando.

### El modelo de emprendedor parece ligado al HoLEP

Un esquema que funciona siempre es presupuestar la compra del láser, la compra de los instrumentos y el morcelador, y presupuestar la formación, de modo que un mentor pueda acudir durante un período de tiempo a ayudar al servicio que quiere aprender. Al principio parece una inversión inasumible, uno piensa, "si opero 2 RTUs al mes, ¿cómo lo voy a pagar?", pero increíblemente, todos los centros que hacen HoLEP y lo hacen bien, experimentan un efecto llamada, sin hacer márketing, el "boca a boca" hace que cada vez operen más pacientes. Así sí salen los números, hay que financiar los equipos y trabajar duro para ofrecer una cirugía de calidad, y todo sale bien.

### Eres muy internacional

Durante los últimos 19 años, he operado mucho en hospitales por todo el mundo, en algunas épocas de forma frenética, viajando literalmente cada semana. He tenido el privilegio de operar en muchos países de los cinco continentes, fundamentalmente en casi toda Europa y Sudamérica, pero también en sitios como Hong-Kong, Taiwán, Shanghái, Sudáfrica, Sídney, Arabia Saudita, Líbano, Cairo... Es un bagaje muy interesante. Los quirófanos funcionan más o menos igual en todo el mundo, y no es difícil adaptarse. Me ha servido para hacer muchos amigos y para aprender a afrontar los retos que esto supone, diferentes instrumentos, cámaras endoscópicas, etc. Uno de los aspectos más interesantes de esta experiencia ha sido lo que hoy se llama el networking, mantengo una amistad muy buena con muchos urólogos en todo el mundo, y eso me ha beneficiado muchísimo. Como ejemplo, me interesé por el láser verde porque Mr. Gordon Muir, un urólogo del Reino Unido muy amigo mío me llamó para contarme que estaban muy impresionados con su hemostasia.

**He tenido el privilegio  
de operar en países de los  
cinco continentes**



### Tu posición de advisor forma parte de esa visión sin fronteras

He colaborado con varios fabricantes de dispositivos médicos, como Lumenis, AMS en su día o Boston Scientific después. Es interesante llegar a comprender su papel en la Urología, comprender sus motivaciones, cómo funciona todo. Siempre te aporta tener más información, conocer gente, y en realidad son los que han financiado tanto viaje y tanta sesión de formación. Cuando aún no tenía muchos pacientes en la consulta podía operar muchos casos al mes en sesiones de formación en otros hospitales a lo largo de toda España o en otros países. Como ejemplo un año fui a Italia a formar urólogos 52 veces... cada vez que iba hacía 2-4 casos o ayudaba a alguien que empezaba y terminaba yo el caso... una fuente de experiencia enorme. Me encantó especialmente conocer a los ingenieros de estas compañías, al inventor del láser verde por ejemplo y poder preguntarles y aprender de ellos.

## Y ver todas las escuelas HoLEP

Sí, hubo varios urólogos prominentes que enseñaron a los actuales líderes de opinión, como Peter Gilling (formó a Tevita Aho), Rainer Kuntz (formó a Karin Lerich y Sacha Ahyai), Lingeman (formó a Amy Krambeck). Pero creo que más que insistir en lo aprendido, todos los expertos van evolucionando y adoptando las nuevas estrategias y técnicas que están mejorando los resultados postoperatorios.

## La cirugía de la HBP es un campo muy concreto ¿Has avanzado en otras técnicas?

Actualmente la HBP supone el 60% de mi actividad, ya que también hago mucha cirugía robótica oncológica. En un momento dado me aburrí un poco de la cirugía con láser y me di cuenta que no iba a olvidar lo ya aprendido, que era el momento de aprovechar que tenía al doctor Gastón a mi lado todos los meses y hace seis años comencé mi andadura robótica. Me parece apasionante, y he podido hacer cistectomías con neovejiga ortotópica, linfadenectomías retroperitoneales, nefrectomías parciales, nefrectomías con trombo en cava... Si no hubiera tenido el lujo de poder aprender del doctor Gastón posiblemente no me hubiera metido en esto. Dominar un aspecto muy particular de la Urología te hace ver lo importante que es hacer bien lo que hacemos o intentar mejor no hacerlo.

## ¿Te has formado en gestión?

No, desde el principio comprendí que todo el tiempo que le dedicara a la gestión se lo quitaría a la Urología, y no sería un buen urólogo. Así que me asocié con mi hermano mayor para que me ayudara con la gestión de nuestro negocio. Yo me dedico a la parte clínica y él se faja con los proveedores, el hospital, las aseguradoras... creo que ha sido un verdadero acierto. Sí es verdad que a los médicos nos deberían dar al menos una formación básica, porque somos patéticos como gestores. Creo que los hospitales y las aseguradoras se aprovechan de esto con creces. Mi padre fue empresario, y lo que sí he heredado es la "vis empresarial", he tenido visión de negocio y he impulsado muchos proyectos que han salido bien, con el apoyo de mi hermano, que es el que lo ha llevado a cabo desde el punto de vista de la gestión.

## ¿Se lleva bien ser un líder de opinión mundial?

Lo llevo con humildad. Soy un currante y un ignorante de muchas cosas, y un afortunado por haber podido profundizar mucho en un área muy pequeña de la Urología. Me alegra haber aportado un pequeño granito de arena en la cirugía de la HBP, y haber formado a centenares de urólogos por todo el mundo, pero la satisfacción es personal.

**Me alegra haber aportado un pequeño granito de arena en la cirugía de la HBP**



## A veces, recibes críticas

Como siempre digo, me importa un bledo lo que piense la gente de mí, sea bueno o malo, y no dejo que mi ego quirúrgico me domine.

## Qué peligro, el narcisismo

Somos insignificantes, y hoy nadie se acuerda de urólogos que contribuyeron mucho más que yo, con diferencia... por eso me concentro más bien en lo que tengo delante, mis pacientes y mis compañeros, mi familia. Cada vez me cuesta más ir a congresos y salir de casa para dar una charla o hacer una cirugía en directo. Han sido muchos años de mucho viaje, y al final te cansas un poco.

## El encaje familia-trabajo siempre es difícil

Al principio te hace ilusión hablar delante de muchos compañeros y compañeras de especialidad, te sientes importante... Con el tiempo te cuestionas si merece la pena dejar a tu familia un fin de semana para presentarte delante de unos colegas que no conoces, en un país extraño, no sé. Quizá todo tenga sentido si se dosifica adecuadamente. Hay que intentar discernir qué esfuerzos merecen la pena y cuáles no.

## ¿Algo más a modo de despedida?

Quiero invitar a los urólogos y residentes que deseen aprender a hacer enucleación prostática anatómica con láser a que me contacten, que se vengán a ver cirugías, que se animen a aprender. Sin duda comprenderán que, tras la aparente complejidad de esta cirugía, subyace una simplicidad que está a su alcance. ■