

Jesús Moreno Sierra

Jefe del Servicio de Urología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y presidente de la Sociedad Española de Cirugía Laparoscópica y Robótica

«El robot se convierte en un microscopio que nos permite navegar por el cuerpo con seguridad»



LUIS DÍAZ

RAQUEL BONILLA • MADRID

El Hospital Clínico San Carlos de Madrid fue el primero del Sistema Nacional de Salud en disponer del robot da Vinci en el año 2006. ¿Cómo ha evolucionado la técnica en esta década?

-Cumplir diez años nos ha permitido disponer de un equipo urológico consolidado en el manejo del robot da Vinci, habiendo realizado unas 650 cirugías urológicas. Empezamos a trabajar con el modelo Standard de 4 brazos y esto fue un cambio radical en el tratamiento mínimamente invasivo de algunas enfermedades como el cáncer de próstata. También somos pioneros en la renovación de los aparatos y en este momento disponemos del último modelo de robot existente en el mercado, el da Vinci XI, desde hace un año. Esta última versión aporta importantes ventajas y mejoras tecnológicas, con notables beneficios para el paciente urológico.

-¿Cuáles son esas virtudes frente a otras técnicas más clásicas?

-Las principales ventajas en Urología vienen definidas por su aplicabilidad a las zonas quirúrgicas de difícil acceso, regiones anatómicas estrechas o complicadas de ver con la cirugía convencional, como la pelvis, donde se encuentran la próstata, la vejiga urinaria, el útero y el recto. Otro de los atributos es la visión en 3D, que permite ampliar la imagen haciendo que el robot da Vinci se convierta en un microscopio y nos permita navegar por el cuerpo humano con seguridad. Sin olvidar la facilidad que tiene el cirujano de realizar maniobras de exeresis (eliminación de órganos) y reconstrucción, así como la simplicidad en la sutura y el hecho de que el cirujano realiza la operación sentado en una posición ergonómica.

-De cara al paciente, ¿cuáles son los beneficios?

-Conseguimos eliminar los tumores adecuadamente (resultados oncológicos) con la menor afectación de la calidad de vida (resultados funcionales) y realizar importantes reconstrucciones en enfermedades no tumorales. La utilización de cirugía robótica disminuye el riesgo de sangrado y dolor postoperatorio y permite que el paciente sea dado de alta en dos o tres días.

-¿Para qué tipo de problemas urológicos se utiliza con mayor frecuencia?

-La indicación estrella es la prostatectomía radical, permitiendo eliminar la próstata enferma con menores efectos secundarios, como los temidos escapes de orina (incontinencia) y la disfunción eréctil o impotencia, que se desarrollan en un alto porcentaje de casos. El robot permite, cuando la situación oncológica del paciente lo aconseja, conservar uno o dos haces nerviosos, con-

servar el cuello vesical y realizar una unión entre la vejiga y uretra estanca, disminuyendo en muchos casos los efectos más preocupantes para el varón. Pero, además, hemos comprobado su utilidad en otras patologías tumorales y no tumorales: cistectomía (exeresis de la vejiga), nefrectomía parcial (eliminación del tumor renal conservando el resto del riñón), cirugías reconstructivas renales (pieloplastias), cirugía de los prolapsos de los órganos pélvicos femeninos (colposacropexia), reparación de fistulas vesicovaginales, etc.

-Entonces, ¿también es eficaz para problemas ginecológicos?

-Nuestro centro es pionero en cirugía robótica ginecológica. Por una parte se utiliza

en la realización de determinados casos de histerectomía, linfadenectomías y cirugías reconstructivas.

-¿Este robot ha significado un antes y un después para la Urología?

-Nuestra especialidad ha experimentado un importante desarrollo tecnológico y da Vinci es uno de los más novedosos, pero hay muchísimos más. Lo cierto es que para mí hay un antes y un después y en nuestro hospital puede delimitarse en el año 2006.

-La gran novedad en los últimos años es que se ha empezado a usar para Otras patologías ajenas a la Urología...

-Puede utilizarse en cirugía colorrectal, cirugía bariátrica, cirugía esofágica y hepatobiliopancreática. En nuestro hospital el robot da Vinci se utiliza de forma multidisciplinaria por los Servicio de Urología, Ginecología y Cirugía General, lo que nos permite ser punteros en cirugía robótica.

-¿Cualquier paciente es candidato a ser intervenido con el da Vinci?

-Tenemos que ser cautos con el uso de la alta tecnología y aunque muchos pacientes pueden beneficiarse de la cirugía robótica, para determinadas patologías tumorales y no tumorales existen otras alternativas igual de buenas. Por tanto, deberemos seleccionar adecuadamente los pacientes y no todos serán candidatos.

-Esta técnica es cara y no está tan disponible tanto como sería deseable, pero a la larga abarata costes... ¿Cómo es la relación entre inversión y resultados?

-Actualmente sólo está disponible en el mercado un único robot, lo que hace que el coste inicial y el mantenimiento sean elevados. Para analizar inversión y resultados sería interesante evaluar parámetros de costes globales (escasez de complicaciones, estancia media, mejoría de la

calidad de vida de los pacientes y la rápida reinserción a la vida laboral) donde se tuviesen en cuenta aspectos que aumentan el precio de los procesos y que analizados en conjunto no hacen que la cirugía robótica sea tan cara como parece.

-¿Cuál es el futuro del robot da Vinci?

-No puedo predecirlo, pero parece ser que en breve dispondremos de un puerto único, lo que significa que podremos realizar cirugías complejas por una única incisión. Además, el desarrollo de las comunicaciones podría hacer que las intervenciones a distancia, con el paciente en un lugar y el cirujano en otro, puedan realizarse de forma rutinaria. El futuro acaba de empezar.

«Conseguimos eliminar los tumores con la menor afectación de la calidad de vida del paciente»

OPINIÓN

Estudio poblacional del cáncer de próstata

El diagnóstico precoz suele ser eficaz en determinados tipos de cáncer, como el de mama o colorrectal, pero en el cáncer de próstata todavía hay polémica en la comunidad urológica. El cribado consiste en determinar el nivel de PSA (Antígeno Prostático Específico; el marcador específico en sangre de la próstata) a todos los hombres a partir de 50 años. Si supera en sangre un nivel determinado, los médicos realizan una biopsia prostática para saber si hay un cáncer. El «Estudio Europeo de Cribado para el Cáncer de Próstata» ha incluido más de 180.000 varones de ocho países, entre ellos España. A nivel global, la principal conclusión es que la técnica del cribado reduce la mortalidad por cáncer de próstata en un 21 por ciento, pero la situación cambia si se analizan los datos españoles. En el estudio, no se ha apreciado en España una reducción de la mortalidad. Con 4.276 participantes de entre 45 y 70 años solo un 0,28 por ciento del total ha fallecido por esta enfermedad, después de casi 16 años de monitorización. Otra de las conclusiones del estudio es que, gracias a esta prueba, el diagnóstico de este cáncer se ha realizado en estadios más precoces, cuando el paciente no presentaba ningún síntoma. En España la mortalidad por cáncer de próstata ocupa el tercer lugar en cuanto al número de fallecimientos en varones, por detrás del broncopulmonar y del colorrectal. Los datos reflejan que el riesgo de desarrollar un cáncer de próstata y de morir por esa causa entre los varones españoles resulta sustancialmente inferior al de sus homónimos europeos. Del total de españoles con esta enfermedad, muere el 18 por ciento por lo que la mortalidad por este tipo de cáncer es excepcionalmente baja. En el futuro, podremos determinar qué pacientes son los ideales para hacer cribado frente a la población general.

Consúlteme:
dr.peinado@lasermedicalrent.com

DR. PEINADO IBARRA
Director médico
del Instituto Laser
Medical Rent

